

## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

#### **Relatório de Estágio**

##### **Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção de Enfermagem em Parceria**

**Américo Fernando Amaral de Almeida Reis**

**Lisboa**

**Setembro 2017**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em**  
**Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos:**  
**Intervenção de Enfermagem em Parceria**


**Américo Fernando Amaral de Almeida Reis**

Orientador: Idalina Delfina Gomes

**Lisboa**

**Setembro 2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





## A FORÇA DE ESPIRITO

*“ Não confundamos a coragem com a temeridade, com o amor que não vê risos, com o impulso superficial. A coragem é uma virtude moral e social. Munidos com esta virtude exercitamos as nossas capacidades mais elevadas em situações difíceis, angustiantes para nós e para os outros, conservando a mente lúcida e o coração seguro. Enfrentamos as adversidades com força de espírito e sentido de responsabilidade”.*

Alberoni, 1998 (p.25)



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Idalina Gomes pela sua orientação, simpatia, boa disposição, disponibilidade e estímulo ao longo deste percurso de aprendizagem.

À Enfermeira Odete Mendes e à Enfermeira Mércia Marques, pelos seus saberes e disponibilidade em colaborarem na orientação deste projeto.

A todos os profissionais da equipa multidisciplinar dos locais em que tive o prazer de estagiar, pelo seu apoio, incentivo e colaboração. Com uma reconhecida gratidão às enfermeiras Rute Reis e Paula Reis que colaboraram em algumas atividades deste Projeto.

Às pessoas idosas e seus familiares, pela forma como acederam participar no desenvolvimento deste projeto, pela sua amabilidade em deixarem-nos “entrar na sua vida”, pela relação de parceria estabelecida na promoção de um cuidado de enfermagem de excelência.

À Ana, companheira incansável deste percurso académico, pela sua determinação, amizade e especial apoio, que permitiu que atingíssemos os objetivos que nos propusémos.

À Teresa e à minha mãe, pelo apoio e ânimo que me deram, assim como, pela compreensão nos momentos mais difíceis.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.





## **LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT - Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo

AVD – Atividades de Vida Diária

CE - Consulta de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa de Coordenação Local

EGA - Equipa de Gestão de Altas

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FPI – Familiares da Pessoa Idosa

ICD - Instrumento de Colheita de Dados

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sr. - Senhor

Sra. - Senhora

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCAPO – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UCIMCR – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica e Respiratória



## RESUMO

O papel da família pode ser fundamental no modo como cada indivíduo gere e vive a doença e o internamento, influenciando o seu processo de adaptação e recuperação. Sendo uma das funções da enfermagem a satisfação das necessidades da pessoa doente, parece-nos crucial envolver a família como parceiros de cuidados. Daí a pertinência de procurar novos modelos de intervenção em enfermagem numa UCI para uma prestação de cuidados centrados na Pessoa Idosa e Família, que promovam o Cuidado de Si.

Nesse sentido concebemos um projeto de intervenção com o objetivo de desenvolver competências como enfermeiro especialista e mestre, em parceria, na promoção de cuidados à FPI e, ao mesmo tempo, promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem com vista a um acompanhamento estruturado dos Familiares da Pessoa Idosa em UCI, visando o Cuidado de Si.

A metodologia adotada foi a de trabalho de projeto, que se realizou numa UCI de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo. O modelo teórico de enfermagem de referência na elaboração do projeto foi o Modelo de Parceria de Gomes (2013).

Destacam-se como aprendizagens adquiridas, o conhecimento da singularidade da Pessoa Idosa através da avaliação multidimensional, a criação de condições facilitadoras da relação de parceria ao longo do processo de cuidado, a promoção de condições para a formação e reflexão sobre a prática, a melhoria das competências comunicacionais, a motivação e o envolvimento da equipa, na dinamização do projeto. A necessidade de informação sobressai como a mais importante que os FPI verbalizam em contexto de UCI. Constatámos na prática clínica, que a equipa de enfermagem passou a ter um acolhimento estruturado e personalizado no acompanhamento dos familiares e passou a dar uma importância especial às dimensões do conhecimento da Pessoa Idosa e seus Familiares, dos recursos e princípios inerentes à interação, para a construção dos cuidados em parceria que possibilitam a sua capacitação na continuação do seu projeto de vida. Como projeto futuro, importa utilizar a mesma metodologia de trabalho de forma a implementar na UCAPO um modelo estruturado de acompanhamento dos familiares seguindo a mesma filosofia de cuidados.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa, Necessidades dos familiares, UCI, Parceria.

## **ABSTRACT**

The role of the family can be fundamental in the way each individual manages and lives illness and hospitalization, influencing their process of addiction and recovery. It is one of the functions of nursing to meet the needs of the sick person, it seems to us crucial to involve the family as care partners. Hence the pertinence of looking for new models of intervention in nursing in an ICU for care delivery focused on the Elderly and Family that promote Self Care.

In this sense, we conceived an intervention project with the objective of developing skills as specialist nurse and teacher, in partnership, in the promotion of care for the IPF and, at the same time, to promote the development of competences in the nursing team with a view to a structured follow-up of the Relatives of the Elderly Person in the ICU, aiming at Self Care.

The methodology adopted was the project work, which was carried out in an ICU of a hospital in the region of Lisbon and Vale do Tejo. The theoretical model of reference nursing in the elaboration of the project was the Gomes Partnership Model (2013).

It highlights the acquired learning, the knowledge of the individuality of the Elderly person through multidimensional evaluation, the creation of conditions that facilitate the partnership relationship throughout the care process, the promotion of conditions for training and reflection on practice, improvement Communication skills, motivation and the involvement of the team, in the dynamization of the project. The need for information stands out as the most important that FPIs verbalize in the context of ICU. It was observed in clinical practice that the nursing team started to have a structured and personalized welcome in the accompaniment of the family members and began to give special importance to the dimensions of knowledge of the Elderly Person and their Relatives, of the resources and principles inherent to the interaction, to the Construction of care in partnership that enables them to train in the continuation of their life project. As a future project, it is important to use the same work methodology in order to implement a structured model of family support following the same philosophy of care at UCAPO.

**Keywords:** Elderly person, Family needs, ICU, Partnership

## Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 - REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
1.1 -. Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI.....	21
1.2 - Intervenção de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa e Familiares no contexto de UCI.....	27
<b>2- METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
<b>3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>
3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa em contexto de cuidados diferenciados .....	39
3.1.1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à Família da Pessoa Idosa.....	39
3.1.2. Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem com vista a um acompanhamento estruturado à Família da Pessoa Idosa, visando o Cuidado de Si, em contexto de cuidados diferenciados.....	46
3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa em contexto de cuidados de saúde primários.....	53
<b>4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS E IMPLICAÇÕES DO PROJETO NA PRÁTICA DE CUIDADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>61</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE I. Revisão Scoping

APÊNDICE II - Instrumentos de Avaliação Multidimensional à Pessoa Idosa

APÊNDICE III – Guião do processo de Parceria à Pessoa Idosa e seus Familiares

APÊNDICE IV - Estudo de Caso no Hospital

APÊNDICE V – Avaliação das Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI

APÊNDICE VI- Autorização da Diretora do Serviço para efetuar entrevistas aos familiares

APÊNDICE VII- Autorização da Direção de Enfermagem para efetuar entrevistas aos familiares

APÊNDICE VIII- Guião das Entrevistas aos Familiares

APÊNDICE IX- Consentimento por escrito dos familiares

APÊNDICE X- Registos reflexivos durante estágio na UCIMCR

APÊNDICE XI - Visita à EGA do Hospital

APÊNDICE XII - Ação de Formação realizada sobre a Apresentação do Projeto de Estágio na UCIMCR

APÊNDICE XIII – Ação de Formação realizada sobre o Acolhimento ao Doente e Família na UCAPO/UCIMCR

APÊNDICE XIV – Ação de Formação com resultados das necessidades dos Familiares Idosos das Pessoas Idosas em contexto de UCI

APÊNDICE XV – Norma de Acolhimento/ Acompanhamento do Familiar/Pessoa Significativa em internamento na UCIMCR

APÊNDICE XVI - Reunião de Serviço com a equipa de assistentes operacionais

APÊNDICE XVII- Folheto Informativo de Acompanhamento dos Familiares na UCIMCR

APÊNDICE XVIII - *Checklist* da Norma de Acolhimento à Família/Pessoa Significativa na UCIMCR com resultados

APÊNDICE XIX – Ação de Formação: Avaliação dos resultados obtidos na observação dos procedimentos efetuados durante o Acolhimento efetuados pelos enfermeiros aos familiares na UCIMCR (*checklist*)

APÊNDICE XX - Estudo de caso em CSP

APÊNDICE XXI - Relatório do estágio em CSP

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre.....	37
Quadro 2 – Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem.....	38

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase inicial do projeto de acordo com a <i>checklist</i> elaborada.....	33
Gráfico 2 - Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase inicial do projeto de acordo com a <i>checklist</i> elaborada.....	34
Gráfico 3 - Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase final do projeto de acordo com a <i>checklist</i> elaborada.....	51
Gráfico 4 - Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase final do projeto de acordo com a <i>checklist</i> elaborada.....	51
Gráfico 5 - Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase final do projeto de acordo com a <i>checklist</i> elaborada .....	52



## INTRODUÇÃO

No âmbito do percurso académico do 7º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), vertente Pessoa Idosa, realizámos um estágio com a **finalidade** de desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa Idosa e sua Família no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

O presente relatório expõe o percurso realizado na implementação do projeto de estágio que designámos “Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI. Intervenção de Enfermagem em Parceria”.

Em Portugal, como em outros países a nível europeu, o envelhecimento demográfico tem-se traduzido em alterações na distribuição etária da população expressando-se numa maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de um aumento da longevidade e é entendida a nível internacional como uma das mais relevantes tendências demográficas do século XXI (INE, 2015).

Na atualidade, existe cada vez mais, a necessidade do foco da atenção ser orientada para o consumidor/utente sendo requerido níveis de qualidade de serviço cada vez mais diferenciados. Também o Sistema de Saúde vai no sentido deste paradigma e o ambiente de cuidados procura ser centrado no doente e família.

A satisfação das necessidades da pessoa e da família é uma das funções da enfermagem, no entanto estas têm que ser centradas na pessoa doente e na família que devem ser vistos como parceiros de cuidados. Associado a esta questão, está a ainda o facto de com o envelhecimento populacional existirem cada vez mais pessoas dependentes que estão a cargo das famílias, sendo estas as suas principais prestadoras de cuidados, pelo que implica um outro olhar dos profissionais de saúde para estas famílias no sentido de não as deixarem sozinhas neste processo.

O conceito de família pode ir desde as noções tradicionais de família nuclear ou alargada até às estruturas da família pós-moderna como as famílias monoparentais, famílias de padrasto/ madrasta, famílias do mesmo género e famílias constituídas por amigos (Stanhope & Lancaster, 2011).

O papel da família é fundamental no modo como cada indivíduo gere e vive a doença e o internamento, influenciando o seu processo de adaptação e recuperação. Esta pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar, o que pode desencadear diferentes tipos de necessidades (Campos, S., 2014).

Importa por isso clarificar o conceito de necessidade. A definição deste conceito é bastante mais complexa do que a simplicidade que a palavra transmite. O Dicionário da Língua Portuguesa (2016), define necessidade como sendo o carácter do que se precisa mesmo; carácter do que é indispensável ou imprescindível, falta; carência, privação e inevitabilidade.

Em Portugal, à semelhança de outros países, constata-se a existência de estudos acerca das necessidades dos familiares dos doentes adultos em UCI, mas a mesma ainda é escassa para os familiares das pessoas idosas e como tal interessou-nos desenvolver um projeto nesta área.

Durante o período de internamento numa UCI, as necessidades quer do doente, quer da família, sofrem alterações porque vivenciam uma situação stressante, com sentimentos de solidão, de ansiedade e insegurança, perante a incerteza quanto ao desfecho da situação e às perspetivas para as suas vidas futuras.

Na pessoa idosa e família esses medos são intensificados, porque o internamento em UCI, evidencia maior gravidade e provoca sentimentos de medo e insegurança associado ao local "...à finitude da vida" (Hildebrand, et al. 2015; p.544). Contudo, os mesmos autores realçam que este ambiente, também pode ser visto como um lugar de esperança e de recuperação das condições de saúde. Muitas vezes, os profissionais de enfermagem, em unidades de cuidados intensivos não efetuam uma intervenção estruturada no acompanhamento dos familiares da pessoa idosa durante o internamento com vista à satisfação das suas necessidades.

A falta de informação é referida na literatura como uma das principais necessidades que os familiares de pessoas internadas em UCI sentem e que provoca mais angústia (Pardavila Belio & Vivar, 2011).

A transmissão de informação e o esclarecimento de dúvidas sobre o quadro clínico da pessoa idosa é um direito dos familiares e deve ser uma prática comum da

equipa de saúde com o objetivo de diminuir o sofrimento e a ansiedade (Karlsson, C., et al. 2011; Hildebrandt et al. 2015,).

É fundamental que se avaliem as necessidades individuais sentidas pelos familiares da pessoa idosa internada numa UCI, com o intuito de determinar a eficácia da implementação de condutas adequadas de forma a proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade que se traduzam em ganhos para a saúde da população em geral e em particular para as pessoas idosas e família.

O trabalho que foi desenvolvido durante a unidade curricular “Enfermagem Avançada”, ajudou-nos a perspetivar um projeto de intervenção nesta área. Constatámos também, que apesar de numa fase inicial, nos considerarmos como enfermeiro de cuidados gerais, em estádios de desenvolvimento mais avançados, verificávamos que no que dizia respeito aos cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa, encontrávamo-nos em níveis iniciais de acordo com Benner (2001).

Considerámos então pertinente encetar um percurso de aprendizagem e de desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista,<sup>1</sup> como também da área médico-cirúrgica vertente Pessoa Idosa<sup>2</sup> e de enfermeiro mestre<sup>3</sup>, através de um estágio que se realizou em dois locais distintos.

O primeiro, em contexto hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos e no período compreendido entre 26 de setembro de 2016 e 13 de janeiro de 2017.

O segundo, na área dos cuidados de saúde primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP da ARSLVT), no período compreendido entre de 16 de janeiro, a 9 de fevereiro de 2017. O planeamento do estágio foi previamente delineado na unidade curricular “Opção II.

---

1- Competências comuns do enfermeiro especialista definem-se nos domínios da responsabilidade profissional, ético, legal, da melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2011).

2- Competências comuns de enfermeiro especialista na área MC vertente pessoas idosas permitem cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2015).

3- Competências de enfermeiro mestre dizem respeito à capacidade de análise sobre o conhecimento que sustentava a prática de enfermagem, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica, e no desenvolvimento de projetos que promovessem a reflexão, questionamento de práticas e paradigmas de enfermagem e processos de inovação (ESEL, 2014).

Optámos pela metodologia de trabalho de projeto. Este tipo de metodologia, tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (Ruivo et al, 2010).

Neste sentido, existia o desejo de desenvolvimento de uma intervenção para a resolução de um problema na nossa prática clínica, em contexto de trabalho, em que simultaneamente fosse possível uma articulação entre a teoria e a prática, que era expectável no percurso académico que empreendemos.

Delineámos os seguintes objetivos gerais: desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à Pessoa Idosa e Família, nomeadamente quanto às necessidades desses familiares em contexto de UCI, através de uma intervenção em parceria e promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem com vista a um acompanhamento estruturado dos FPI visando o Cuidado de Si.

Este relatório de estágio encontra-se dividido em capítulos. Na Introdução apresentamos a justificação e a pertinência do projeto bem como os objetivos gerais.

O primeiro capítulo é constituído pela revisão da literatura que contextualiza a temática a apresentar e pelos eixos norteadores que sustentam a intervenção de enfermagem relativamente às necessidades dos FPI em contexto de UCI. No segundo capítulo desenvolve-se a metodologia. O terceiro capítulo descreve o desenvolvimento do projeto ao longo do estágio, a descrição das atividades realizadas, as aprendizagens e os resultados alcançados para o desenvolvimento de competências, encontrando-se dividido em dois subcapítulos, de acordo com o contexto de cuidados onde decorreram. No quarto capítulo efetuamos uma reflexão sobre as competências desenvolvidas, as limitações do projeto, as contribuições e as perspetivas de continuidade para o futuro. No quinto e último capítulo, fazemos uma síntese global do projeto e contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem, seguida da apresentação das referências bibliográficas.

A elaboração deste trabalho, assim como as referências bibliográficas, seguiram a norma da American Psychological Association (APA).

## **1 - REVISÃO DA LITERATURA**

Neste capítulo descreveremos a melhor evidência disponível sobre as necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI relacionando-as com as intervenções de enfermagem em parceria para a promoção do Cuidado de Si.

### **1.1 -. Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em Contexto de UCI**

O termo família, designa uma variedade de formas de organização da vida em comum, as quais são diferenciadas em função dos contextos históricos, sociais e culturais em que se registam. É por isso, muito difícil reconstruir um caminho de transformação no seio do qual se consiga encontrar um fio unitário e um discurso uniforme sobre a família (Dias, 2015).

O modo como cada sujeito gere e vive a doença e o internamento, afeta o seu processo de adaptação e neste contexto, é fundamental o papel desempenhado pela família.

Sendo a satisfação das necessidades da pessoa e da família uma das funções da equipa de enfermagem, sentimos que seria necessário aprofundar o conceito de necessidade. Na Psicologia, este termo é frequentemente substituído por motivação, por ser um sentimento que leva a desejar aquilo que permite satisfazer a necessidade Phaneuf, (2001). Analisando o conceito de acordo com a Filosofia e adotando uma visão aristotélica do conceito de necessidade, este pode definir-se como “(...) o que está sendo seja enquanto está-sendo e que não está sendo não seja enquanto não está sendo” (Rosa, C. J., Basto, L. M. 2009, p.17). Os mesmos autores referem que ao falarmos de necessário e de necessidade, apenas podemos, honesta e rigorosamente, estar a falar do que é “melhor” ou “mais” possível num certo momento e circunstância. O presente, o aqui e agora (e isso é, na verdade, “o-que-está-sendo”, o necessário), é um possível que realiza o trânsito, a passagem, entre dois possíveis: o que foi e o que, eventualmente, será.

Na enfermagem nos anos 50 a “escola das necessidades” atinge o seu auge através de Virgínia Henderson (1994). Esta teórica dá ênfase às necessidades, em que este conceito adquire o significado de défice humano, falta de algo que pode ser

superado pelos cuidados prestados pelos enfermeiros. Segundo Adam, 1994 e Adam 1991 (citado por Kéruac et al, 2010), Henderson baseou-se em Maslow, embora nunca o referenciando, na hierarquia das necessidades básicas que tem como base as necessidades fisiológicas, seguindo-se a necessidade de segurança, necessidade de estima e consideração e no topo, a necessidade de realização pessoal. Watson (1999) e Meleis (2007) definiram necessidade como um estado de carência que é preciso ultrapassar e satisfazer, considerando a globalidade da pessoa, num contexto determinado, que leva à ação e cuja satisfação é geralmente fator de motivação.

O que constatámos é que quando o foco é o cliente, a ênfase tem sido dada às necessidades no sentido de défice ou às necessidades no sentido do estar da pessoa (na sua totalidade, vivido pela própria).

O conceito de necessidade remete para algo que se busca, que se ambiciona, algo que dá prazer e neste sentido o objetivo é evitar o desprazer (Chalifour, 2008). A mesma autora refere que o encontro com a necessidade é o ponto de partida para a interação e dá destaque à forma como cada relação/ interação dependerá da necessidade a satisfazer. As necessidades aparecem do encontro, na experiência, com o que lhes faz falta, com o que influencia o seu bem-estar ou mete em causa a comum e saudável resposta face ao que se lhe apresenta (Mendes, A. P., 2015).

No momento de desenvolvimento da disciplina, mais do que as “necessidades”, qualquer que seja o conceito em que é utilizado, defende-se que se relevem os recursos da pessoa e do contexto, a identificação da transição em que se encontra e as formas de olhar a pessoa como um ser complexo e total como referem Meleis & Trangenstein (1994) ou vendo a pessoa como um ser de projeto e de cuidado como no entender de Gomes (2016), em que o fundamental é conhecer o projeto de vida e saúde da pessoa para se conseguir ir ao encontro do seu potencial de desenvolvimento promovendo o Cuidado de Si (Gomes, 2016).

Quanto à conceptualização do conceito de necessidades dos FPI em UCI é identificado na literatura revista como algo que lhes faz falta, como o que condiciona o seu bem-estar, mete em causa o seu quotidiano e causa insegurança e ansiedade e neste sentido, sentem necessidade de informação, de acesso e proximidade, de conforto emocional, de esperança e suporte (Karlsson, C., et al. 2011; Hildebrandt et al. 2015; Jacob et al. 2016; Salins, N., et al. 2016).

Durante o período de internamento numa UCI, as necessidades quer do doente, quer da família, sofrem alterações porque vivenciam uma situação stressante, com sentimentos de solidão, de ansiedade e insegurança, perante a incerteza quanto ao desfecho da situação e às perspetivas para as suas vidas futuras.

A condição de debilidade extrema que caracteriza a pessoa numa UCI, que pode levar à sua incapacidade para a tomada de decisão e do regular exercício de autonomia pode ter como consequência a transferência deste poder para a família. Neste contexto existe a probabilidade de aumentar o *stress* emocional da família, diminuindo a dinâmica do sistema familiar, numa fase em que é essencial o seu equilíbrio e coesão no apoio ao familiar doente.

As situações responsáveis por causar desequilíbrios nos familiares são assim várias como por exemplo: o facto de se desconhecer a real situação do estado do doente, o próprio ambiente da UCI, as experiências anteriores de hospitalização de um familiar ou pessoa próxima, a gravidade da situação do doente e o reduzido contacto com a equipa da Unidade (Leite, et al. 2013).

A família pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar, o que desencadeia diferentes tipos de necessidades (Campos, S., 2014).

Na Pessoa Idosa e Família esses medos são intensificados, porque o internamento em UCI, evidencia maior gravidade e provoca sentimentos de medo e insegurança associando o local “...à finitude da vida” (Hildebrand, et al. 2015; p.544). Contudo, os mesmos autores realçam que este ambiente, também poder ser visto como lugar de esperança e de recuperação das condições de saúde. Neste contexto, é condição estrutural que o enfermeiro veja a Pessoa Idosa e a Família como ser de projeto e de cuidados e tenha consciência da necessidade de tempo e espaço para se estabelecer uma relação de qualidade que possibilite um trabalho em parceria que vá ao encontro do projeto de vida e saúde da família (Gomes, 2016).

É central no exercício profissional conhecer a singularidade da família e o seu potencial de desenvolvimento para ajudar a família a promover o Cuidado de Si qualquer que seja a sua circunstância (Gomes, 2016). Pressupõe da parte dos enfermeiros disponibilidade e respeito pela Pessoa Idosa doente e Familiar, pois são

estes que são detentores do fio condutor e dos limites da informação a partilhar com quem cuida (Collière, 1999).

A falta de informação é referida na literatura como uma das principais necessidades que os familiares de pessoas internadas em UCI sentem e que provoca mais angústia (Pardavila Belio & Vivar, 2011).

A transmissão de informação e o esclarecimento de dúvidas sobre o quadro clínico da Pessoa Idosa é um direito dos Familiares e deve ser uma prática comum da equipa de saúde com o objetivo de diminuir o sofrimento e a ansiedade (Karlsson, C., et al. 2011; Hildebrandt et al. 2015). É, assim fundamental que a enfermagem como parte integrante dessa equipa, seja capaz de conhecer essas necessidades para na prática clínica identificar as reais necessidades dos familiares e conseguir-se responder às mesmas (Mendes, A. P. 2015).

A necessidade dos FPI em UCI receberem informações é a que mais se destaca das necessidades sentidas (Karlsson, C., et al., 2011; Plakas et al., 2013; Jacelon, 2014; Hildebrandt et al. 2015; Jacob et al., 2016; Salins et al., 2016;).

Os familiares necessitam de saber de tudo o mais depressa possível de forma clara, honesta, sincera regular e atualizada. O estudo de Campos (2014) e Jacob et al. (2016), realçam a necessidade que os familiares têm de conversarem com o médico todos os dias. Salins et al. (2016), fazem referência a necessidade particular de falarem com o médico sénior, porque pretendem saber qual a verdadeira situação do seu familiar e como está evoluindo (Plakas et al., 2013).

Os aspetos, como os pequenos detalhes da informação, a frequência com que é atualizada e a forma como é transmitida são fundamentais para os familiares (Mendes, 2015). Vários estudos realçam esta questão referindo que a informação deveria ser clara para que os familiares a possam entender visto que em muitos casos, os profissionais usam linguagem técnica de difícil compreensão (Baileya, et al., 2010; Camponogara et al., 2013; Heyland. et al., 2015; Salins et al., 2016).

A falta de informação sobre o estado de saúde dos idosos hospitalizados é apontada como um dos fatores que provoca mais angústia nos familiares (Hildebrand et al., 2015).

Assim, as instituições devem tomar medidas para regular o fluxo de informação de forma sistemática, pelo que se aconselha a elaboração de protocolos para a transmissão da informação (Pardavila & Vivar, 2011). O mesmo autor refere



que para tornar a informação mais sistematizada e de fácil compreensão, recorrer à utilização de um genograma e um ecomapa, referindo que muitas vezes os enfermeiros têm falta de informação sobre a estrutura da família e o uso destas estratégias poderia proporcionar informação sobre o papel de cada membro da família e a conexão existente entre os distintos membros da família e as relações com pessoas externas ao núcleo familiar.

Outro fator a que os familiares dão especial ênfase é à flexibilidade no horário de visitas visto muitos dos familiares idosos terem dificuldade em deslocar-se e por vezes as horas estabelecidas nas instituições não irem ao encontro das suas reais necessidades. Daí, alguns familiares referirem querer receber informações por telefone relativas ao estado de evolução do seu familiar doente (Obringer, et al., 2011).

Os familiares querem visitar os familiares doentes com regularidade e saberem o diagnóstico e o prognóstico (Karlsson et al., 2011; Pardavila & Vivar, Akroutea, 2015; Salins, 2016 Jacob et al., 2016). A necessidade de estarem próximos do seu ente querido como referem Karlsson et al. (2011), é uma das formas de atenuar a ansiedade melhorar o seu equilíbrio emocional e foi um dos principais mecanismos de coping identificados nos familiares (Plakas et al., 2013).

Porém para outros familiares o estar próximo não é o mais o relevante, importa é que o seu familiar se sinta confortável e que sofra o menos possível (Jacob et al., 2016).

A segurança e a confiança são necessidades que os FPI também verbalizam com algum destaque (Plakas et al., 2013; Jacob et al., 2016). Eles necessitam de respostas dadas com sinceridade o que naturalmente lhes transmite confiança.

Os familiares precisam de saber que o seu ente querido está a melhorar e que o tratamento a que está a ser sujeito é o melhor e o mais indicado (Obringer, et al., 2011; Hinklea, J. Fitzpatric, E., 2011; Jacob et al., 2016;). Existem estudos que evidenciam que os familiares das pessoas idosas doentes em UCI precisam que lhes seja dada esperança (Chatzaki et al., 2010. Fortunatti, 2014; Jacob et al., 2016;). Neste contexto, os enfermeiros têm que ter capacidade para adotar as estratégias mais adequadas com vista a um suporte emocional baseado numa esperança realista (Chatzaki et al., 2010; Fortunatti, 2014; Jacob et al., 2016;).

Foi dada ênfase à necessidade dos familiares se sentirem envolvidos em qualquer decisão sobre os cuidados em situação terminal ou à retirada dos sistemas de suporte de vida (Jacelon, 2014; Heyland et al., 2015; Salins et al., 2016). Nesta perspectiva, é fundamental efetuar um acolhimento personalizado. As competências comunicacionais dos enfermeiros são fundamentais, estes deverão utilizar uma comunicação com precisão e honestidade e ouvir ativamente usando declarações enfáticas (Hinklea, J. Fitzpatric, E., 2011; Hildebrandt et al., 2015; Salins et al., 2016). Neste contexto, deverão ter em consideração a possibilidade de facultar horários flexíveis aos familiares indo ao encontro das suas reais necessidades (Hinklea, J. Fitzpatric, E., 2011; Heyland. et al., 2015; Akroutea, 2015, Salins et al., 2016).

A existência de recursos e sistemas de apoio, foi uma necessidade que sobressaiu na revisão da literatura existindo estudos que referem que os familiares mais idosos e com nível económico inferior necessitam de ser redirecionados para outros profissionais de saúde, nomeadamente para a assistente social (Chatzaki et al., 2010). Ao nível do ambiente físico, a existência de salas de espera com conforto também é mencionada como importante para alguns familiares (Karlsson et al., 2011).

Constatou-se que as necessidades dos familiares dos doentes idosos em UCI são de ordem bio-psico-sócio-espirituais (Hildebrand, et al. 2015; Salins, et al. 2016).

As necessidades dos familiares de pessoas idosas em UCI são de uma forma geral idênticas às dos familiares de pessoas não idosas, sendo a necessidade de informação uma das mais realçadas. Contudo foram identificados alguns estudos que diferenciavam algumas características das necessidades dos FPI relativamente a familiares de adultos (Jacelon, 2014). Este autor refere que em pacientes mais novos, os familiares sentem necessidade de saber se o seu familiar vai ficar bem e quais a possibilidade de cura, mas relativamente aos pacientes mais idosos, a necessidade prende-se com o facto de saberem se o seu familiar tem condições de dignidade no tratamento prestado. Mas importa realizar mais estudos em circunstâncias iguais para perceber se estas necessidades se mantêm. A crença de que a vida deve ser preservada “a todo custo” foi o que consideraram menos importante, na tomada de decisões sobre o tratamento (Heyland, D. K. et al. 2015).

Esses familiares dão bastante importância à atitude do pessoal de saúde para manter a dignidade do familiar internado (Jacelon, 2014).

A forma como é transmitida a informação pelos profissionais de saúde relativamente aos FPI, tem de ser mais perceptível, visto muitas vezes eles sentirem dificuldade em entender os termos utilizados (Heyland, D. K. et al. 2015). Os FPI, que muitas vezes também são idosos, sentem necessidade de horários mais flexíveis para visitarem o seu ente querido em virtude de muitas vezes terem dificuldade em deslocar-se (Akroutea, 2015; Salins et al. 2016).

Em suma, verificamos que é indispensável e urgente, dar mais ênfase aos FPI doentes em UCI e que a prática de enfermagem deve ser orientada pelas necessidades da Pessoa Idosa e dos seus Familiares com vista à realização das suas reais necessidades (Akroutea, 2015).

Neste sentido, a equipa de enfermagem terá que compreender que cada pessoa vivencia um projeto de saúde, pelo que a sua intervenção deverá assentar numa relação interpessoal caracterizada pela parceria com a Pessoa Idosa e seus Familiares (Gomes, 2016).

## **1.2 - Intervenção de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa e Familiares no Contexto de UCI.**

Na perspetiva do bem-estar da Pessoa Idosa e seus Familiares que os profissionais de saúde devem proporcionar nas instituições hospitalares é fundamental dar ênfase a um acolhimento personalizado que vá ao encontro das verdadeiras necessidades desses mesmos atores, em que a família tem que ser parceira de cuidados.

Gomes (2013, 2016), no seu estudo, identificou 5 fases no processo de construção da parceria com a pessoa idosa: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e por último, assumir ou assegurar o cuidado de si.

De acordo com a mesma autora, **o revelar-se** é a fase inicial na construção de um processo de parceria com a Pessoa Idosa e seus Familiares e "...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (da pessoa, da família e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados" (Gomes, 2013, p.99). O enfermeiro promove a um

ambiente propício à interação (mostra disponibilidade, empatia, escuta ativa, encorajamento à expressão de sentimentos, manifestação de segurança, confiança, atitudes congruentes e consistentes (Lazure, 1994). Tendo em conta este conceito na UCI, os profissionais devem dirigir-se, sempre que possível, à sala de espera e ir ao encontro dos familiares, realizando um acolhimento personalizado e humanizado (Jacelon, 2014, Hildebrand, et al., 2015).

Devem fornecer informações acerca dos cuidados de enfermagem e em simultâneo devem recolher informação sobre a Pessoa Idosa, o seu contexto de vida e a relação com os seus familiares tentando efetuar a identificação do familiar de referência. Quando procura conhecer as particularidades da Pessoa Idosa e seus Familiares, no sentido de as objetivar, o enfermeiro pode usar escalas direcionadas para a população idosa (Rodrigues & Ferrão, 2008).

Numa fase posterior, poderá elaborar um ecomapa e um genograma com o intuito de facilitar a sistematização do agregado familiar e as suas inter-relações (Wright & Leahey 2013).

**Envolver-se**, é a segunda fase do processo de construção da parceria em que se deve procurar demonstrar disponibilidade para ouvir, criar empatia, partilhar sentimentos e encontrar a singularidade do processo de envelhecimento da Pessoa Idosa e seus Familiares (Gomes 2013. 2016). É caracterizada “...*pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...*” (Gomes, 2013, p. 100). Implica compreender os processos de transição que são vivenciados por estes, para que o cuidado de enfermagem promova respostas saudáveis à transição, tentando sempre respeitar a singularidade dessa Pessoa Idosa e Família (Meleis, 2010). As “conversas” com os familiares durante os períodos de visita são terapêuticas e têm uma intencionalidade, pois podem conter em si o potencial de mudança para os intervenientes e podem favorecer o reconhecimento do potencial de cura (Wright & Leahey, 2013). Permitem informar, recolher informação e diminuir as ansiedades dos familiares.

A terceira fase do Modelo de Parceria, **capacitar ou possibilitar**, passa por construir uma ação conjunta, com vista ao desenvolvimento de competências para atuar e decidir (Gomes 2013, 2016). De acordo com a mesma autora, esta fase

direciona-nos para o cuidado que a Pessoa Idosa teria consigo se lhe fosse possível, e é apoiado no conhecimento que o enfermeiro detém da Pessoa Idosa ou que adquiriu da Família, assumindo a responsabilidade desse cuidado. Direcionado para o familiar de referência, possibilita que este ajude em alguns cuidados ao seu familiar, se o enfermeiro verificar que ele mostra interesse, permitindo-lhe que adquira conhecimentos e prática com vista a uma melhor adaptação a uma nova situação de vida quando o seu familiar tiver alta clínica (Gomes, 2013, 2016). Permite que o enfermeiro envolva verdadeiramente os familiares nos cuidados ao seu ente querido (Jacelon, 2014).

Na quarta fase designada **comprometer-se**, passa por desenvolver com a Pessoa Idosa e Família “...*esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa ...*” (Gomes, 2013, p. 103). Ajuda a suportar o compromisso da Pessoa Idosa e seus Familiares, tendo em conta o conhecimento que detém deles e das suas condições pessoais e sociais que podem facilitar ou inibir a transição vivenciada, vendo-os sempre com seres únicos e respeitando o seu projeto de vida. Nesta fase, poderá ser construído um plano de cuidados com os problemas identificados, as estratégias a adotar, os resultados esperados e os compromissos em parceria com a pessoa idosa e seus familiares. Poderá ser necessário, para resolução dos problemas dos FPI, articular outros profissionais, nomeadamente a assistente social (Chatzaki, 2010).

Na quinta e última fase do modelo de parceria que se traduz na pessoa **assumir o controlo do cuidado de si próprio, ou os familiares assegurarem o cuidado** do outro, implica que a Pessoa Idosa “... *deve conseguir ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...)*, ou por outro lado, “(...) *significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.*” (Gomes, 2013, p. 103). Nesta fase, o enfermeiro procurará intervir no sentido de promover a continuidade de cuidados da Pessoa Idosa e Família no regresso a casa. É fundamental o desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem que possibilite a construção de uma ação conjunta para os capacitar no controlo do Cuidado de Si, tendo sempre como foco central o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2016).

No contexto de UCI, os doentes após estarem estabilizados são transferidos para unidades de cuidados intermédios, no entanto, os enfermeiros poderão ir efetuando um planeamento atempado e programado da alta da UCI, de modo a que os familiares se possam organizar adequadamente com vista a essa transição (Karlsson et al., 2011).

O enfermeiro deve direcionar a sua intervenção no sentido de ajudar a Pessoa Idosa e a Família a gerir os seus processos de transição, facilitando o desenvolvimento de competências e aprendizagens nas suas experiências de saúde e doença (Meleis, 2010).

A relação de confiança que se estabelece entre o enfermeiro, a Pessoa Idosa e a Família, irá permitir a criação de compromissos e a construção de uma relação de parceria para a promoção do cuidado de si, em que a responsabilidade é compartilhada e os saberes de cada interveniente no processo são valorizados (Gomes, 2016).

## 2- METODOLOGIA

Neste capítulo iremos descrever o tipo de metodologia utilizada para a realização do projeto de estágio, que nos permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre nos cuidados à Pessoa Idosa e Familiares.

De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista o enfermeiro deve ter:

*“... um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011, p. 8648).*

Na área da Pessoa Idosa, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências para cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família nos vários contextos onde estão inseridos (ESEL, 2015).

Enquanto mestre, o enfermeiro desenvolve competências que possibilitem uma maior capacidade de análise do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, nas dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem e o desenvolvimento de projetos que promovam a reflexão e questionamento de práticas e conceções de enfermagem e processos de inovação (ESEL, 2014).

Os enfermeiros devem ainda deter conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

*“...permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação. Deve ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Devem ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.*

*Devem ter competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo...*” (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, p. 2246).

Assim para o desenvolvimento do projeto, de modo que o mesmo permitisse o desenvolvimento das competências referidas, considerámos a utilização da metodologia de projeto, uma vez que se baseia na investigação centrada num problema real identificado no contexto da prática de cuidados e na implementação de estratégias e atividades eficazes para a sua resolução. Este tipo de opção metodológica pressupõe o envolvimento de todos os intervenientes na mudança desejada e desenvolve-se em cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento das atividades, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados através de um relatório (Ruivo et al, 2010).

**Diagnóstico da situação.** Nesta etapa procurámos conhecer a problemática existente, através de recolha de dados de forma objetiva e qualitativa que nos levou à definição das necessidades sentidas e das ações a desenvolver (Ruivo et al, 2010).

A experiência profissional numa UCI em que se desenvolve uma prática de cuidados às Pessoas Idosas e seus Familiares e a inexistência de um acompanhamento estruturado que fazia com que os enfermeiros encaminhassem rapidamente os FPI para o médico assistente sem procurarem identificar quais as suas necessidades, possibilitou a identificação da necessidade de mudança nas práticas relativamente ao acolhimento efetuado. Observou-se que os enfermeiros continuavam a utilizar um referencial teórico baseado no modelo biomédico para prestar cuidados à família da pessoa idosa na UCI. O que a literatura nos diz é que os enfermeiros necessitam de eixos conceptuais, para a prestação de cuidados de enfermagem, que lhes possibilitem a compreensão dos processos de transição que são vivenciados pela Pessoa Idosa e Família (Meleis, 2000). Por outro lado, observámos que o trabalho em parceria com a equipa médica no acompanhamento dos familiares era muito limitado ou quase inexistente, o que vai ao encontro da literatura existente. Observamos também que apesar de existir um Guia de Acolhimento, este necessitava de atualização e, para além disso, estava direcionado para a UCAPO e a forma como se identificavam as necessidades dos FPI era inexistente e os registos de enfermagem escassos.



Para reforçar o que tínhamos observado, nessa fase efetuámos uma auditoria aos registos de enfermagem que nos permitiu identificar a informação que os enfermeiros registavam relativamente ao acolhimento dos familiares. Em simultâneo foi efetuada a observação através de uma *checklist* baseada na Norma de Acolhimento existente no serviço (APÊNDICE XIII na parte final), a 80 % dos enfermeiros, no período entre 1 de março de 2016 e 21 de maio de 2016, com o objetivo de verificar se os procedimentos preconizados eram efetuados. Os resultados foram os seguintes:

Grafico 1. Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase inicial do projeto de acordo com a *checklist* elaborada.

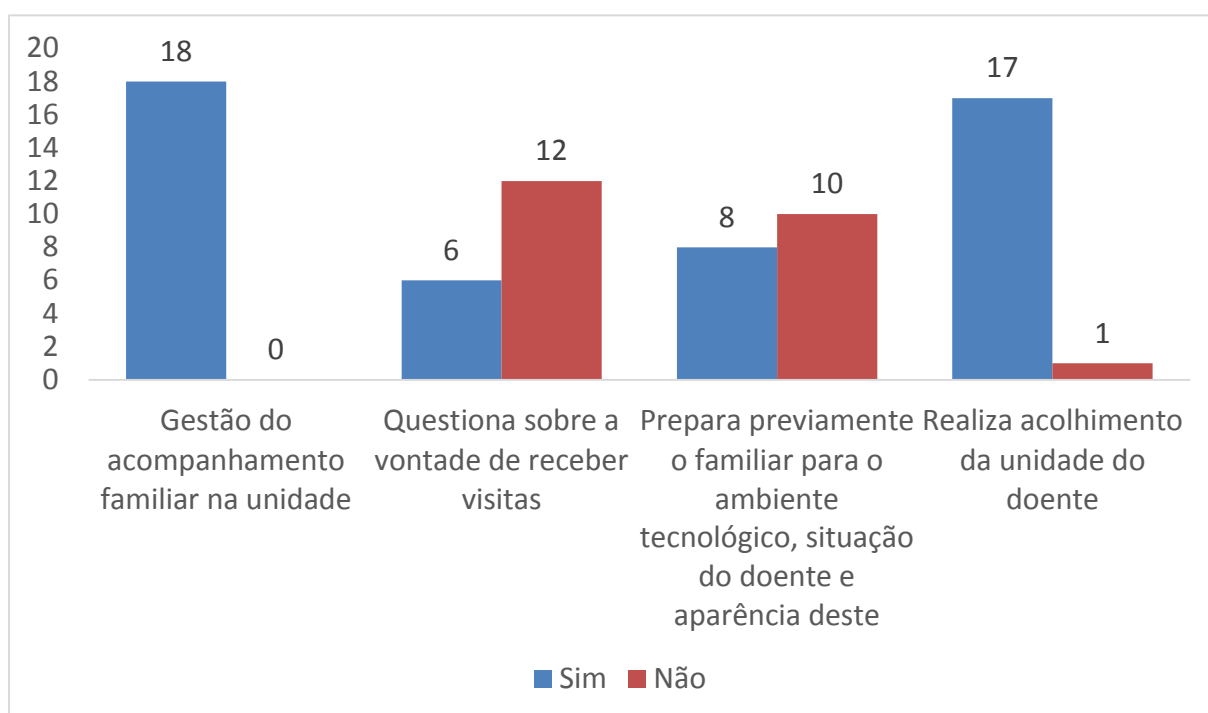
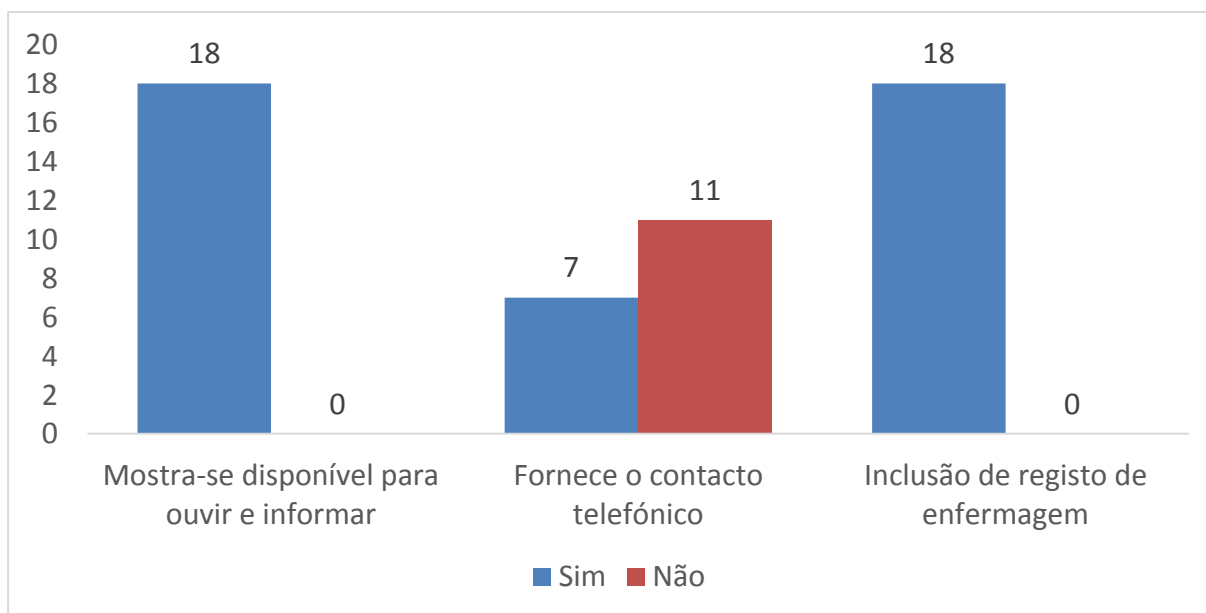


Grafico 2. Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase inicial do projeto de acordo com a *checklist* elaborada.



A reflexão sobre os resultados encontrados na checklist com a equipa e a observação que já tinha sido efetuada anteriormente reforçou a ideia de que seria necessário efetuar uma intervenção com vista à melhoria do acolhimento a efetuar na unidade.

Na unidade curricular “Opção II” do segundo semestre, foi-nos proposto a elaboração de um projeto, onde delineámos os objetivos e as atividades que seriam realizadas no estágio a efetuar no terceiro semestre. Os objetivos gerais definidos pretendiam o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais na intervenção à Pessoa Idosa e Família, e o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para a intervenção em parceria com a Pessoa Idosa e Família, com vista a uma mudança de comportamentos no acolhimento na UCIMCR e procurando elaborar uma intervenção de enfermagem específica e direcionada.

Durante o estágio efetuado no terceiro semestre, **foi aprofundado o diagnóstico da situação real**, através de uma recolha de dados qualitativa e quantitativa. As atividades que foram anteriormente delineadas, bem como os indicadores de avaliação, foram adaptados à realidade de cada campo de estágio, uma vez que este tipo de metodologia não é um processo estanque, pois permite uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do projeto, sendo

como tal um processo dinâmico que pode ir sendo reformulado sempre que se justifique (Ruivo et al, 2010).

Durante o desenvolvimento do projeto foram utilizados vários instrumentos de recolha de dados com o objetivo de aprofundar o conhecimento do fenómeno em estudo. Foi utilizada a análise documental, a observação das práticas, o questionário e escalas de avaliação multidimensional do idoso.

Os resultados apresentados à equipa no início do estágio em contexto de cuidados diferenciados relativamente à checklist de observação, após a apresentação do projeto, permitiram constatar que seria necessário, mais do que reformular a norma existente, proceder à elaboração de uma norma de raiz específica para os doentes em contexto de UCI. Constatou-se ainda, que apesar de toda a equipa efetuar registos sobre o acolhimento, estes registos eram insuficientes.

Este foi o ponto de partida para a mudança pretendida.

As entrevistas aos FPI, permitiram identificar as suas reais necessidades em contexto de UCI com vista a um acolhimento personalizado e estruturado. A entrevista constitui um método que possibilita obter informações junto dos participantes, respeitantes aos episódios, ao pensamento, aos comportamentos, às escolhas, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes (Fortin, 1999).

Por sua vez as escalas de avaliação que foram usadas para a avaliação multidimensional da Pessoa Idosa e Família possibilitaram efetuar o diagnóstico funcional, identificando os problemas que estes apresentavam e permitiu desenvolver com eles um trabalho em parceria.

De salientar que as questões éticas foram tidas em conta, tendo sido previamente pedida autorização para a realização de entrevistas aos familiares, à Diretora de Departamento e à Direção de Enfermagem, cujos pareceres foram positivos. As declarações de autorização têm a identificação oculta com o intuito de não identificar a instituição hospitalar nem os seus elementos constituintes. Foi também pedido o consentimento informado aos participantes. O direito à autodeterminação, a intimidade, o anonimato e a confidencialidade, foram garantidos, como também a proteção contra o desconforto e o direito a um tratamento justo e equitativo das pessoas envolvidas (Fortin, 2009).

**Planeamento das atividades.** Nesta fase procedemos ao planeamento das atividades, determinámos as estratégias a desenvolver e os meios necessários para a sua realização ou implementação, assim como, os indicadores que permitiram a avaliação, mediante o problema identificado e os objetivos definidos;

Para sua consecução assumimos como linhas de orientação os objetivos gerais e específicos do projeto, que sustentaram a explicitação das atividades desenvolvidas e possibilitaram expor e discutir à luz da evidência científica atual, os resultados obtidos nas suas diferentes fases.

O percurso efetuado, foi norteado pelos seguintes **objetivos gerais**:

O primeiro: **desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à família da pessoa idosa.**

O segundo objetivo, mais amplo: **promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem com vista a um acompanhamento estruturado dos Familiares da Pessoa Idosa, visando o Cuidado de Si.**

Apresentamos os objectivos gerais e específicos, bem com as atividades e os indicadores de avaliação definidos para a consecução do projeto nos quadros 1 e 2.

**Quadro 1** – Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre.

**Objetivo Geral 1: desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à Família da Pessoa Idosa.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
- Aprofundar conhecimentos sobre as necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI.	- Revisão Narrativa - Revisão Scoping sobre as necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI (Biblioteca, Base de dados)	- Avaliações do nível de desenvolvimento (formativas e finais) - Elaboração de Protocolo de Scoping - Resultados do Protocolo.
- Aprofundar conhecimentos sobre o Modelo de Parceria na promoção do Cuidado de Si.	- Realização de estágio num Hospital da região de Lisboa no período entre 26-09-16 e 13-01-2017. - Colheita de dados de acordo com o Instrumento realizado no Modelo de Parceria	- Reflexões sobre as aprendizagens realizadas. - Utilização do Instrumento de Colheita de Dados. - Realização de reflexões sobre a forma como se envolve com a Família para promover o Cuidado de Si.
Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados aos Familiares da Pessoa Idosa promovendo o Cuidado de Si em parceria numa UCI.	- Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa (instrumentos de avaliação). - Utilização de Escalas direcionadas para a Família/ Cuidador. - Prestação de cuidados de enfermagem especializados em parceria com a Família da Pessoa Idosa.	- Estudo de caso.
- Identificar e compreender quais as necessidades dos familiares da Pessoa Idosa, em contexto de UCI, com o intuito de satisfazer as suas reais necessidades e contribuir para a melhoria do acolhimento, tornando-o mais estruturado e humanizado.	- Realização de entrevistas para conhecer as necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI  - Identificação do Familiar de referência.	- Resultados das entrevistas relativo às necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI  - Familiar de referência identificado durante o estudo de caso.
- Observar o acompanhamento dos Familiares da Pessoa Idosa pela Equipa de Enfermagem de uma UCC da da região de Lisboa na transição Hospital/ Domicílio.	- Realização de estágio numa UCSP da região de Lisboa 16-01-17 a 10-02-2017. - Identificação das práticas que os enfermeiros da UCCI efetuam no acompanhamento dos Familiares da Pessoa Idosa na Comunidade. - Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa (instrumentos de avaliação). Escalas direcionadas para a Família/ Cuidador. Colheita de dados de acordo com o Instrumento realizado no Modelo de Parceria	- Reflexões de aprendizagem.  - Utilização do Instrumento de Colheita de Dados.  - Estudo de Caso.

**Quadro 2** – Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem.

**Objetivo Geral 2:** promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem com vista a um acompanhamento estruturado dos Familiares da Pessoa Idosa visando o cuidado de si.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p>- Contribuir para o desenvolvimento de competências da Equipa de Enfermagem no acompanhamento estruturado dos Familiares da Pessoa Idosa visando o Cuidado de Si em contexto de UCI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões formais e informais de apresentação do projeto envolvendo a Equipa de Enfermagem</li> <li>- Ação de formação com resultados da <i>checklist</i> de observação à norma de Acolhimento UCAPO/UCIMCR inicial.</li> <li>- Reuniões com a equipa de enfermagem para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão e seleção de estratégias/tempo para a implementação do projeto e indicadores de avaliação</li> </ul> </li> <li>- Atribuição de atividades/enfermeiro</li> <li>- Ação de Formação com resultados das necessidades das familiares identificadas.</li> <li>- Elaboração da Norma de Acolhimento ao Doente/ Família na UCAPO/UCIMCR com o envolvimento da Equipa de Enfermagem.</li> <li>- Elaboração de Folheto sobre o acompanhamento da Família em Contexto de UCI com o envolvimento da Equipa de Enfermagem</li> <li>- Elaboração de <i>checklist</i> para observar o acolhimento efetuado pelos Enfermeiros.</li> <li>- Ação de formação com resultados da <i>checklist</i> observados no acolhimento.</li> <li>- Reunião com a Equipa Médica para apresentar o Projeto</li> <li>- Reuniões informais com a Equipa Médica no âmbito do acompanhamento dos Familiares da Pessoa Idosa.</li> <li>- Colaboração da Equipa Médica na elaboração da Norma de Acolhimento e na elaboração do Folheto informativo.</li> <li>- Elaboração do Relatório Final.</li> <li>- Divulgação dos resultados do Projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo/ata sobre as reuniões, estratégias definidas, sugestões e envolvimento dos elementos da equipa</li> <li>- Reflexões de aprendizagem (autodesenvolvimento/ análise da prática clínica: própria e a dos outros/ fundamentação)</li> <li>- Enfermeiros nomeados</li> <li>- Norma de Acolhimento concluída.</li> <li>- Elaboração de Folheto concluído.</li> <li>- Elaboração de <i>Checklist</i> concluída.</li> <li>- Colocar em prática Guia Orientador de Acolhimento Familiar</li> <li>- Análise crítica dos registos efetuados e apresentação dos dados à equipa.</li> <li>- Análise reflexiva dos resultados e divulgação á equipa.</li> <li>- Análise reflexiva dos resultados e divulgação á equipa.</li> <li>- Relatório Final.</li> </ul>
<p>- Promover o trabalho em parceria na Equipa Multidisciplinar no acompanhamento dos Familiares do idoso durante o internamento na UCI.</p>		

### 3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização do estágio dividiu-se em dois contextos distintos: cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários. Devido à complexidade do projeto decidimos apresentar as atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências, nos dois contextos de cuidados separadamente, com vista a uma melhor exposição e compreensão.

#### 3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa em contexto de cuidados diferenciados

Este subcapítulo descreve e justifica as atividades desenvolvidas no presente projeto, que foram efetuados entre 26 de setembro e 13 de janeiro de 2017 em contexto hospitalar, numa unidade de cuidados intensivos.

Para sua consecução assumimos como linhas de orientação os objetivos específicos do projeto, que sustentaram a explicitação das atividades desenvolvidas e possibilitaram expor e discutir à luz da evidência científica atual os resultados obtidos nas suas diferentes fases.

3.1.1. Desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à Família da Pessoa Idosa.

A realização da revisão *scoping* constituiu-se como uma aprendizagem na pesquisa de evidência científica que sustentou o conhecimento e a intervenção como enfermeiro especialista e mestre, tal como é preconizado nos respetivos domínios de competência e dando resposta ao **primeiro objetivo específico**, “**aprofundar conhecimentos sobre as necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI**”. Iniciámos esta revisão com a formulação da questão de investigação que se baseou na mnemónica **PCC**: Quais as necessidades (Conceito) dos Familiares de Pessoas Idosas (População) em contexto de Unidade

de Cuidados Intensivos (Contexto), tendo por base o que é preconizado pelo Joanna Brigs Institute (2015) e o modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para a organização da informação.

Para responder à questão de investigação realizámos uma pesquisa de artigos através do motor de busca EBSCOhost web nas seguintes bases de dados: MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews e B On. A pesquisa foi efetuada em junho de 2016, em que optámos pela seleção dos artigos publicados em data compreendida entre 1 de janeiro de 2010 e 1 junho de 2016.

Utilizámos as seguintes palavras chave: Family, Relatives, Significant other, Elderly, Old people, Aged, Needs, UCI, Intensive Care Unit, Acute Care. Os descritores utilizados foram os seguintes: Family OR Relatives OR Significant other OR Elderly OR Old people OR Aged AND Needs OR UCI OR Intensive Care Unit OR Acute Care. Filtros ativados: Limitadores: Estudos publicados entre 2010 e 2016; que fossem com texto completo, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Constatámos que a necessidade de informação destacou-se como a mais importante que os FPI verbalizam em contexto de UCI. A transmissão de informações e o esclarecimento de dúvidas relativo ao quadro clínico do doente deve ser uma prática comum na equipa de saúde, pois esta é determinante para a diminuição da ansiedade dos FPI, visto termos verificado que estes consideram muito importante falar com o médico sobre a evolução do estado de saúde do seu familiar.

**Destacámos ainda, a necessidade de uma comunicação perceptível e clara** entre os profissionais de saúde e os FPI que muitas vezes também são idosos, dado o envelhecimento da população, visto estes terem dificuldade em compreender o que os profissionais de saúde tentam transmitir. Devem ser implementados horários mais flexíveis para os familiares idosos, uma vez que se verifica que os horários praticados nas instituições não se encontram adequados às suas reais necessidades.

A realização da revisão da literatura possibilitou-nos o desenvolvimento de competências no domínio da investigação, uma vez que constitui uma metodologia de investigação secundária; das aprendizagens a nível profissional, através da obtenção de novos conhecimentos para fundamentação da prática de cuidados, e no



domínio da melhoria contínua da qualidade, através da posse de evidência científica que contribui para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Apresentamos em detalhe a Revisão Scoping realizada no Apêndice I e que pretendemos publicá-la em revista científica.

O Modelo de Intervenção em Parceria surgiu como a base de orientação da prática, possibilitando um planeamento das intervenções estruturado e direcionado para a Pessoa Idosa e seus Familiares, com o intuito de dar resposta **ao segundo objetivo específico: “Aprofundar conhecimentos sobre o Modelo de Parceria na promoção do Cuidado de Si”**

As atividades que foram desenvolvidas permitiram-nos atingir este objetivo englobado num estudo pormenorizado dos trabalhos realizados por Gomes (2009, 2013, 2016), das reuniões de orientação tutorial, que proporcionaram a discussão do Modelo de Parceria aplicado à prática diária de enfermagem, e a elaboração de um estudo de caso onde desenvolvemos uma intervenção em parceria com a Pessoa Idosa e seus Familiares para a promoção do Cuidado de Si.

Para o nosso processo de aprendizagem foi importante a realização de uma avaliação global da Pessoa Idosa e dos seus Familiares que nos permitisse identificar os seus problemas, as suas necessidades e recursos para fazer face às dificuldades e procurar estabelecer um plano de cuidados com objetivos comuns. Considerámos fundamental um estudo mais pormenorizado sobre o processo de envelhecimento e da avaliação multidimensional da Pessoa Idosa e efetuámos **pesquisa sobre instrumentos de avaliação multidimensional** que se adequavam ao nosso contexto de cuidados (ver APÊNDICE II).

Tomámos consciência como enfermeiros especialistas de como é importante efetuar essa avaliação multidimensional porque nos permite conhecer a sua individualidade, possibilita que percebam que estamos verdadeiramente interessados nos seus problemas e preocupações, mas também possibilita uma verdadeira relação de confiança entre ambos.

Por último, realçamos o quanto é importante a formação e a prática na utilização de instrumentos de avaliação multidimensional.

A interiorização dos conceitos do Modelo de Parceria, assim como a consciencialização da sua importância no planeamento e execução de cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa e seus Familiares no contexto de UCI, evidenciaram a

necessidade de um instrumento de colheita de dados que possibilitasse a partilha de informação entre esta tríade de forma sistematizada e direcionada. Nesse sentido foi construído um **guião de colheita de dados com base nas cinco fases do Modelo de Parceria** (Apêndice III) e no conhecimento sobre as necessidades dos familiares em contexto de UCI. A sua elaboração foi discutida com a professora orientadora, resultando num instrumento essencial para o conhecimento da pessoa idosa e seus familiares, tendo em conta os seus recursos, as suas capacidades e potencialidades, com a finalidade de elaborar um plano de cuidados estruturado em parceria, capacitando-os a assumir o cuidado de si e do outro após a alta da UCI

A elaboração deste guião orientou-nos e proporcionou-nos o desenvolvimento de competências comunicacionais na realização de entrevistas, conversas intencionais, significativas e integradas nos cuidados prestados (Wright & Leahey, 2013).

O estudo de caso (APÊNDICE IV), foi uma das metodologias utilizadas para nos ajudar neste percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa e seus Familiares, em contexto de UCI, para dar resposta ao **terceiro objetivo específico**, “**prestar cuidados de enfermagem especializados aos Familiares da Pessoa Idosa promovendo o Cuidado de Si em parceria numa UCI**”

O recurso ao Modelo de Parceria (Gomes, 2013) permitiu-nos efetivamente, uma compreensão e uma perceção mais adequada desta vertente de intervenção de enfermagem.

Durante a elaboração do estudo de caso, tomámos consciência de que os registos de enfermagem existentes no sistema informatizado no serviço eram, de certa forma, deficitários e incompletos, comparativamente com a informação recolhida para o estudo

A obrigatoriedade de desenvolvermos competências como enfermeiro especialista e mestre, levou-nos-nos a tomar consciência de que nenhuma interação com a pessoa idosa é banal e que cada conversa em que participamos e nos envolvemos, afeta a mudança dos nossos referenciais e também os da família (Wright & Leahey, 2013).

Neste contexto, as conversas que foram efetuadas com os familiares, foram momentos que foram aproveitados para estabelecermos um envolvimento mais

profundo, indo ao encontro das suas necessidades com intencionalidade e não como uma mera conversa trivial.

Para dar resposta ao **quarto objetivo, identificar e compreender quais as necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI, com o intuito de satisfazer as suas reais necessidades e contribuir para a melhoria do acolhimento, tornando-o mais estruturado e humanizado**, foram elaboradas quatro entrevistas, para conhecer as necessidades dos familiares das pessoas idosas (APÊNDICE V). Esta intenção, partiu da observação efetuada durante a avaliação diagnóstica na qual constatámos que os enfermeiros de uma forma geral, não efetuavam uma intervenção estruturada no acompanhamento dos FPI durante o internamento.

A colheita de dados ocorreu no período compreendido entre o dia 28 de outubro de 2016 a 7 de dezembro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, após aprovação da Comissão de Ética, da Diretora do Serviço de Pneumologia (APÊNDICE VI) e da Direção de Enfermagem (APÊNDICE VII).

A análise do pré-teste permitiu-nos verificar que seria necessário efetuar algum treino na forma como conduzíamos as entrevistas, tendo sido efetuada pesquisa sobre a forma como estas se realizavam, utilizando, como suporte teórico, o Guia para Avaliação e Intervenção na Família (Wright, L. & Leahey, M., 2002).

Após se efetuarem duas entrevistas iniciais, nomeadamente a um familiar idoso e a um familiar adulto, verificámos que o familiar da pessoa idosa, também ele idoso, realçava algumas necessidades que o familiar adulto não enfatizava, tais como a necessidade de ter notícias permanecendo em casa e estar acompanhado. Assim atendendo ao período que dispunhamos para o desenvolvimento do projeto, acrescido do facto de termos apontadas algumas necessidades que os familiares mais novos não mencionavam e após a discussão desta problemática com a orientadora de projeto optámos por orientar as entrevistas para os familiares idosos de pessoas idosas

Desta forma, os critérios estabelecidos foram os seguintes: Familiares / Pessoas Significativas de Pessoas Idosas (utentes com mais de 65 anos), que estivessem internadas na UCIMCR e que os familiares depois de informados dos objetivos do estudo, tivessem dado o seu consentimento por escrito.

Uma vez que pretendíamos respostas sobre as necessidades dos FPI em contexto de UCI, realizámos um guião de entrevista semiestruturada, sendo formuladas questões sobre os temas a abordar (APÊNDICE VIII). O guião foi composto por duas partes: a primeira destinou-se a obter dados sobre a caracterização da população alvo do estudo, nomeadamente a idade do familiar/ pessoa significativa e a idade do utente, o sexo, o grau de parentesco, as habilitações literárias e o diagnóstico inicial. Na segunda parte foram efetuadas duas perguntas semidirigidas de modo a identificarmos as necessidades dos FPI em contexto de UCI e qual a forma de as podermos ajudar a suprimir essas mesmas necessidades. Aos familiares/ pessoas significativas, foram pedidas autorizações por escrito (APÊNDICE IX), para gravar as entrevistas em registo magnético e posterior transcrição das mesmas. Foram explicados os objetivos do estudo e respeitada a vontade e disponibilidade dos participantes. Foi também respeitado o direito à privacidade e assegurada a confidencialidade das informações e o seu não uso para outro fim que não o do estudo.

Após a realização das entrevistas, os dados foram transcritos e analisados segundo análise temática de conteúdo, que consiste em quatro etapas: reunião do *corpus* de análise, pré-análise, leitura flutuante dos dados colhidos, categorização dos dados e por fim, análise interpretativa (Bardin, 2000). A análise das entrevistas realizadas aos familiares idosos, nesta fase inicial do projeto, possibilitou-nos a identificação das suas necessidades no contexto da UCI, em que se desenvolveu o projeto.

Destacou-se a necessidade de informação tendo sido uma das principais preocupações tidas em consideração pelos familiares idosos em contexto de UCI. Por outro lado, a família precisava de saber que tipo de informação os diferentes profissionais podiam dar, uma vez que, consideravam confuso comunicar com vários profissionais na UCI. A disponibilidade para dar essa informação, verificou-se através de frases significativas, que referiam que os enfermeiros estavam disponíveis, de uma forma geral para dar informações, mas, por iniciativa de aproximação dos familiares e não o contrário, como se preconiza num acolhimento personalizado.

Existiram ainda situações verbalizadas pelos familiares em que referiam que por vezes os enfermeiros não estavam disponíveis para falar com eles,

nomeadamente quando estes esperavam na sala de espera sem saberem o que se passava. Constatámos também, que os familiares idosos necessitavam de uma informação compreensível e que a utilização de linguagem técnica por parte dos profissionais dificultava essa compreensão.

Relativamente ao horário de visitas, as entrevistas evidenciaram que esse período, não era o mais adequado e finalmente, uma das necessidades que foi salientada como bastante importante, dizia respeito à necessidade verbalizada de entrarem na unidade acompanhados, visto que, entrarem sozinhos os fazia sentirem-se desamparados e assustados.

Esta atividade permitiu-nos desenvolver competências a nível da responsabilidade profissional, ética e legal, através da elaboração do pedido de autorização à Diretora do Serviço e à Direção de Enfermagem e do consentimento informado aos familiares para a realização das entrevistas e da garantia do anonimato e confidencialidade dos dados. A utilização de instrumentos de investigação assim como a realização de entrevistas e a sua posterior análise, contribuíram também para o desenvolvimento de competências de mestre. Além disso, permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, com o diagnóstico das necessidades de formação da equipa de enfermagem no desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a Pessoa Idosa e Família com vista a um acolhimento estruturado e personalizado.

Nesta fase, refletimos ainda acerca da informação que detínhamos sobre a intervenção em parceria e os cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa e seus Familiares e efetuámos uma reflexão escrita em contexto da prática de cuidados, que está contida no Apêndice X.

Apesar de não estar programado no Projeto de Estágio efetuar uma visita à Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital onde fizemos o estágio, sentimos necessidade de **compreender como se processa o planeamento da gestão da alta dos utentes que necessitam de cuidados após a alta hospitalar e a forma como se articula com a ECCI das áreas de residência**, para onde os utentes são encaminhados após terem alta hospitalar, desde que cumpram os critérios de referenciação (APÊNDICE XI).

Após reunião com a orientadora de estágio solicitámos autorização à Direção de Enfermagem, de forma informal para efetuar uma visita de carácter observacional ao referido local. Essa visita aconteceu dia 6 de janeiro

A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em cada hospital integrado no SNS que referencia utentes para as unidades e equipas da RNCCI. A EGA faz o planeamento da alta dos doentes sinalizados atempadamente pelos serviços e que necessitem de cuidados continuados integrados após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou relativamente àqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência

Esta visita foi relevante porque compreendemos e consciencializámos a forma como se articula o Hospital com a ECCI e qual o papel desempenhado pelos diferentes profissionais nesse processo. Verificámos que é fundamental uma boa comunicação e articulação entre os vários profissionais envolvidos no processo de referência à RNCCI com o intuito do utente ter a resposta em cuidados de saúde da forma mais rápida possível de forma a poder continuar o seu projeto de vida.

3.1.2. Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem com vista a um acompanhamento estruturado à Família da Pessoa Idosa, visando o Cuidado de Si, em contexto de cuidados diferenciados.

O estágio que realizámos seguiu a metodologia de projeto para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre. A identificação de uma problemática na prática de cuidados torna pertinente o planeamento de estratégias e atividades que pressupõem a sua resolução, baseado na investigação e com o objetivo de provocar mudanças no contexto onde se operacionaliza conforme referimos anteriormente.

A identificação da necessidade de melhoria em áreas a desenvolver para uma intervenção em parceria com a Pessoa Idosa e Família fizeram-nos compreender o rumo a seguir para **contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem no acompanhamento estruturado dos FPI visando o Cuidado de Si em contexto de cuidados diferenciados.**

Inicialmente foi delineada a apresentação do projeto através de reunião formal mas perante a comparência de apenas metade da equipa, optou-se por efetuar mais cinco sessões de forma informal para apresentação do projeto. Estas tiveram lugar na Unidade (junto ao monitor que controla os sinais vitais dos doentes, com o intuito de não alterar as rotinas diárias nem perturbar o regular funcionamento do serviço), entre o dia 4 e o dia 14 de outubro de 2016, e intitulou-se “Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção de Enfermagem em Parceria” (APÊNDICE XII). As sessões tiveram como finalidade dar a conhecer o projeto à equipa de enfermagem, e refletir conjuntamente com os participantes acerca da sua pertinência com o intuito de os envolver ativamente na sua consecução. Durante as sessões de formação que se realizaram, foram discutidas as estratégias a adotar. No final foi efetuada uma avaliação da sessão tendo em conta os objetivos propostos inicialmente. A equipa achou pertinente a problemática em estudo e tinha consciência de que havia necessidade de melhorar o acolhimento na UCI.

Para reforçar a identificação da problemática, na semana seguinte, dia 18 de outubro, foi apresentado à equipa, um estudo de observação, que havia sido efetuado durante os meses de março a maio de 2016 (APÊNDICE XIII), sobre o acolhimento na UCAPO/UCIMCR, conforme foi referido no capítulo da metodologia, com a colaboração dos elementos de ligação, que tinham sido nomeados, de acordo com o que estava preconizado no projeto de estágio efetuado na Disciplina Opção II. Com esta sessão, a equipa de enfermagem tomou consciência de que eram necessárias estratégias diferentes para efetuar o acolhimento aos familiares das pessoas, nomeadamente, a elaboração de uma norma específica para a UCIMCR, uma vez que, até aquela data, a norma existente servia simultaneamente tanto para os familiares dos doentes da UCAPO, como para os doentes da UCIMCR.

No dia 12 de dezembro foram apresentados à equipa de enfermagem os resultados das entrevistas realizadas relativamente às reais necessidades dos FPI no contexto de UCI através de uma ação de formação (APÊNDICE XIV). A equipa refletiu sobre o que os familiares efectivamente precisam durante o acolhimento e permitiu consciencializarem que através do conhecimento do que os familiares têm em défice poderia ser mais fácil dispor de estratégias adequadas para irem ao encontro deles.

Em paralelo com o objetivo anterior procurámos dar resposta ao objetivo seguinte: **promover o trabalho em parceria na Equipa Multidisciplinar no acompanhamento dos Familiares da Pessoa Idosa durante o internamento na UCI.** Nesse sentido, foi efectuada uma sessão formativa para apresentação do projeto à equipa médica nos dias 4 e 7 de outubro. Foi dado relevo à importância do trabalho em parceria no acolhimento e acompanhamento dos FPI numa unidade de cuidados intensivos. Apresentámos alguns resultados baseados na evidência científica sobre as principais necessidades dos familiares durante o internamento em UCI com o objetivo de sensibilizar a equipa médica para um trabalho em parceria de modo a colmatar essas necessidades e estabelecer um atendimento estruturado e personalizado no seu acompanhamento. A equipa médica reagiu favoravelmente à consecução do projecto, tendo mostrado interesse e disponibilidade para colaborar na construção da Norma de Acolhimento e do Folheto Informativo aos Familiares. Na semana de 12 a 18 de dezembro foram apresentados à equipa médica os resultados das entrevistas realizadas relativamente às reais necessidades dos FPI no contexto de UCI. Também para eles foi interessante tomarem consciência do que os familiares consideravam importante durante o acolhimento relativamente às suas necessidades.

Nesse contexto, foi elaborada em colaboração com a equipa de enfermagem e a equipa médica uma Norma de Acolhimento/ Acompanhamento do Familiar/ Pessoa Significativa específica para a UCIMCR (APÊNDICE XV), com o objectivo de uniformizar os procedimentos relativos ao acolhimento da família/pessoa significativa e humanizar os cuidados, prestando cuidados centrados no utente e família/pessoa significativa, utilizando como recurso as atitudes necessárias ao estabelecimento de uma relação de ajuda. Essa norma incluiu todos os procedimentos a efetuar com vista a um acolhimento estruturado e personalizado e abrangeu toda a equipa de saúde do serviço.

Permitiu também instituir oficialmente o Guia Orientador de Acolhimento Familiar que na fase de avaliação diagnóstica tínhamos verificado que só alguns elementos o efetuavam (ponto 5 da Norma) e sensibilizar toda a equipa de enfermagem para a importância do seu preenchimento. Após a finalização da Norma de Acolhimento, foram efetuadas várias ações de formação, de forma informal, tanto com a equipa médica como com a de enfermagem durante as passagens de turno,



com o intuito de divulgar e implementar oficialmente. Esta fase permitiu uma análise crítica e reflexiva dos comportamentos adotados pelos vários elementos da equipa de enfermagem durante o acolhimento de familiares na unidade. A participação dos intervenientes na criação e implementação de estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem é essencial para o empenho na concretização do projeto, devendo o “orientador” ser aquele que propicia o conhecimento e a reflexão (Ruivo et al, 2010).

Na fase pré implementação da Norma de Acolhimento efetuámos uma reunião conjunta entre a chefia de enfermagem e a equipa de assistentes operacionais (Ver APÊNDICE XVI), com o objetivo de dar a conhecer o projeto em curso e os procedimentos que teriam que adotar de acordo com a implementação da Norma de Acolhimento na UCIMCR. Esta reunião foi importante porque permitiu-nos dar as diretrizes adequadas para as assistentes operacionais terem uma conduta adequada no contacto com os familiares e saberem articular-se com a equipa de enfermagem com vista a um acolhimento personalizado e estruturado. Verificámos como é difícil sensibilizar as pessoas para a alteração de comportamentos e percebemos como é importante ter formação no domínio da gestão de conflitos.

Procurámos desenvolver as competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente: as **competências do domínio da gestão de cuidados** no ponto em que o enfermeiro gere cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e faz a articulação multiprofissional. Também quando o enfermeiro adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (artº 7 do regulamento de Competências do Enfermeiro especialista, 2010).

Após a fase de implementação da Norma, passámos para a última atividade que nos tínhamos proposto efetuar no âmbito do projeto em contexto de cuidados diferenciados, que consistia na elaboração de um Folheto Informativo de Acompanhamento dos Familiares na UCIMCR (APÊNDICE XVII). Este documento tinha como objetivo esclarecer os familiares/ pessoas significativas que visitassem os utentes internados sobre as questões mais frequentes, nomeadamente quem pode visitar o utente internado, qual o horário de visitas, e o que o familiar poderá trazer. A sua realização envolveu a equipa de enfermagem e médica e as sugestões da professora orientadora do projeto foram relevantes.

O planeamento e a realização das sessões de formação, a elaboração da Norma de Acolhimento, a elaboração do Folheto Informativo e as reuniões com os vários elementos intervenientes na equipa do serviço, permitiram-nos o desenvolvimento de **competências ao nível da melhoria contínua da qualidade dos cuidados**, com a divulgação da melhor evidência científica disponível nos cuidados à Pessoa Idosa e Família durante o acolhimento em contexto de UCI. No **domínio das aprendizagens profissionais**, foi possível o seu desenvolvimento através da formação, da reflexão proporcionada pelas orientações tutoriais, da partilha de conhecimento com a equipa de enfermagem e dos registos reflexivos, com o intuito de fundamentar a prática dos cuidados em consistentes padrões de conhecimento. O facto de trabalharmos há vários anos no local de estágio e sermos um elemento de referência, facilitou o desenvolvimento de competências e facilitação das aprendizagens na equipa onde estamos inseridos.

A fase de **avaliação do projeto** decorreu no período de 7 a 10 fevereiro de 2017. A avaliação de um projeto implica a verificação da conquista dos objetivos definidos inicialmente (Ruivo et al, 2010)

Tendo em conta que com a realização do estágio pretendia-se uma mudança na prestação de cuidados com base na identificação de um problema real, assumimos como resultados positivos uma melhoria dos registos, um conhecimento mais detalhado das necessidades dos FPI e uma mudança comportamental no acolhimento efetuado tornando-o mais personalizado e estruturado.

No período de 15 de dezembro a 10 de janeiro de 2017 foram efetuadas auditorias seguindo uma *checklist* de observação (APÊNDICE XVIII), da Norma de Acolhimento implementada no serviço, com o objetivo de observar os procedimentos efetuados pela equipa de enfermagem e assistentes operacionais no acolhimento aos FPI em contexto de UCI. A amostra foi constituída pela totalidade dos enfermeiros e assistentes operacionais em 10 momentos de observação aleatória durante o período de visitas na UCI.

Grafico 3. Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase final do projeto de acordo com a *checklist* elaborada.

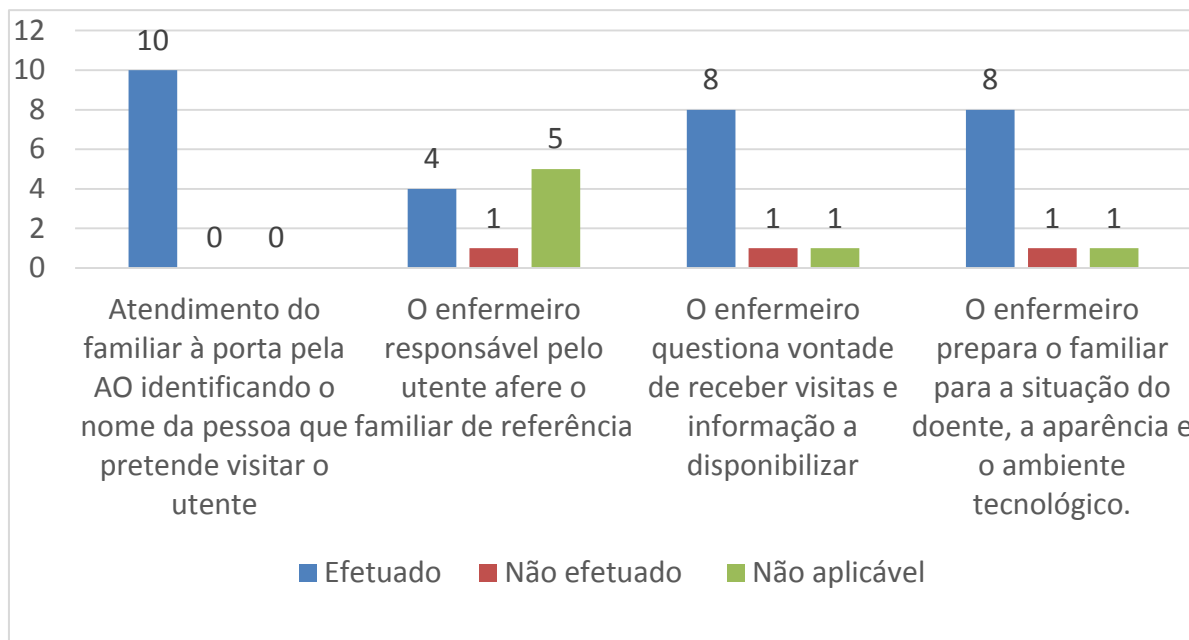


Grafico 4. Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase final do projeto de acordo com a *checklist* elaborada.

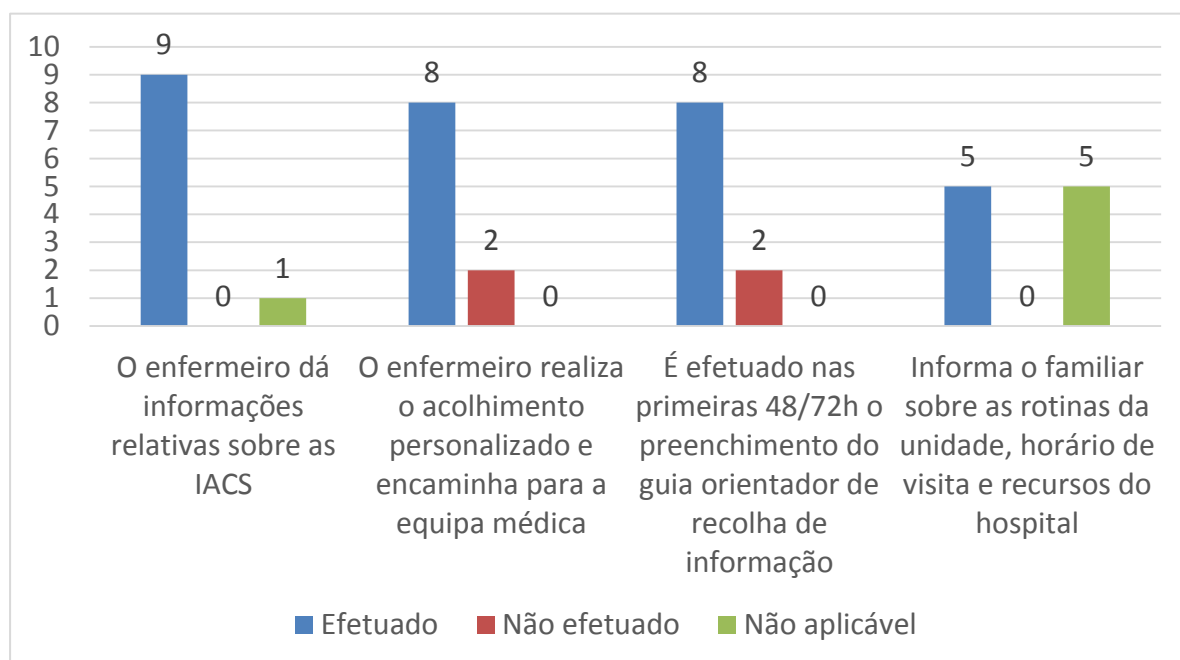
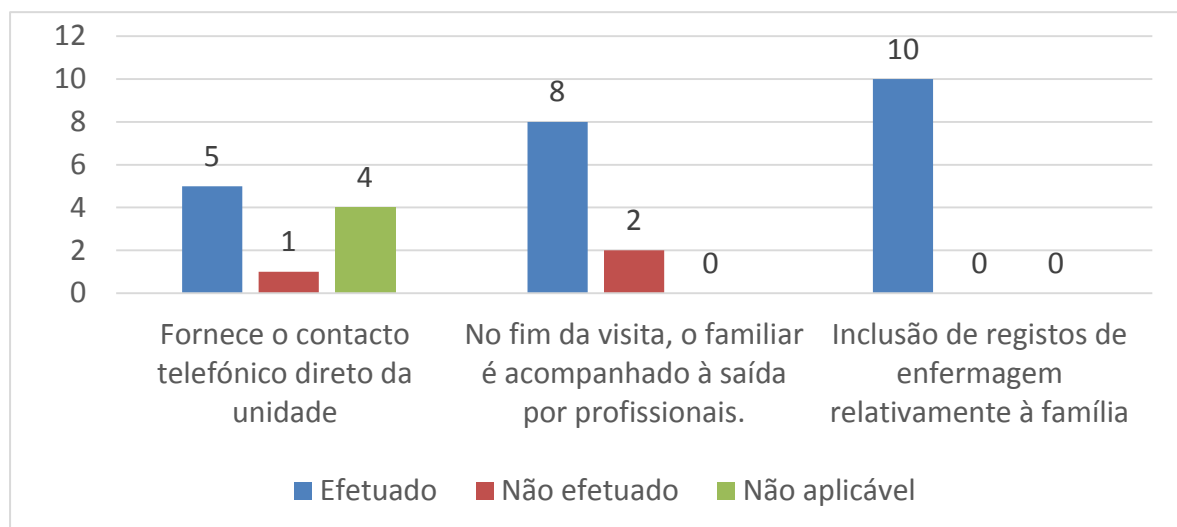


Gráfico 5. Observação dos procedimentos efetuados pelos enfermeiros durante o acolhimento na UCIMCR na fase final do projeto de acordo com a *checklist* elaborada.



Na fase de diagnóstico de situação verificámos que os registos de enfermagem eram insuficientes e os registos no Guia de Acompanhamento da Família eram escassos. Todavia na fase de avaliação, verificou-se que a equipa de enfermagem tinha evoluído nos registos e todos os elementos tinham iniciado o Guia ao fim de 48 horas.

Apesar dos enfermeiros estarem inicialmente disponíveis para prestar informações, foi durante a fase de avaliação que verificámos que eram os enfermeiros a tomarem a iniciativa de se dirigirem aos familiares para prestarem informações e a utilizarem a entrega do número de telefone da UCI como estratégia.

Na fase de diagnóstico os enfermeiros eram, muitas vezes, rígidos com o horário de visitas, enquanto na fase de avaliação verificámos a preocupação em tentar adequar o horário de visitas às reais necessidades dos familiares.

Quanto à utilização de telemóveis na Unidade pelos doentes, esta encontrava-se interdita na fase de diagnóstico e na fase de avaliação a equipa optou por permitir a sua utilização em situações bem definidas e de risco calculado em relação a eventuais interferências. Na verdade estudos recentes referem que os telemóveis com rede 4G, não provocam interferências, contudo estas poderão ocorrer em telemóveis com redes 2G a menos de 30 cm dos aparelhos. (Ettelt, S., et al., 2006, Mariappan, et al., 2016).

Relativamente ao número de familiares a entrar na unidade, na fase diagnóstico existia alguma renitência por parte da equipa em possibilitar a entrada

de dois familiares em simultâneo e na fase de avaliação observámos que, na generalidade das situações, o enfermeiro ponderava a possibilidade da entrada de duas pessoas para facilitar a integração num espaço que muitas vezes era passível de provocar ansiedade, em especial no caso de familiares idosos.

A equipa médica na fase de diagnóstico não tinha em conta a informação recolhida pelos enfermeiros e na fase de avaliação observámos que tinham o cuidado de verificar a informação que se encontrava no Guia de Orientação Familiar.

Na fase de diagnóstico, as assistentes operacionais apenas perguntavam quem era o enfermeiro responsável pelo doente e na fase de avaliação sabiam qual o papel que desempenhavam no processo de acolhimento identificando os familiares que queriam visitar o doente e comunicando ao enfermeiro responsável.

Estes resultados foram apresentados à equipa de enfermagem em ação de formação no dia 7 de fevereiro de 2017 (APÊNDICE XIX) e foram motivo de reflexão conjunta com vista à melhoria do acolhimento.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências em diferentes domínios, nomeadamente das aprendizagens profissionais, no domínio da investigação, da melhoria contínua da qualidade e das aprendizagens profissionais, através da elaboração de documentos orientadores da prática de enfermagem e na melhor evidência científica disponível, da divulgação do conhecimento mais recente na área de intervenção e na promoção da reflexão conjunta dos elementos da equipa de enfermagem sobre a intervenção em parceria com os FPI em contexto de UCI.

### **3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários**

De acordo, com o que estava planeado, continuámos o nosso percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, na área dos cuidados de saúde primários (CSP), onde realizámos um estágio de 4 semanas, no período de 16 janeiro a 12 de fevereiro 2015, numa UCC da ARSLVT integrando uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).

Atendendo à nossa carência de conhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros em contexto de cuidados de saúde na comunidade, e uma vez que pretendíamos observar o acompanhamento dos FPI pela equipa de enfermagem de uma UCC na transição Hospital/ Domicílio, tornou-se importante conhecer e compreender a sua dinâmica.

Os cuidados eram assegurados por uma equipa multidisciplinar constituída por um médico, uma assistente social, uma psicóloga e quatro enfermeiras. A equipa onde ficámos integrados era constituída pelas quatro enfermeiras, divididas por zonas residenciais em subgrupos de duas.

Após a admissão na UCC, a equipa de enfermagem da ECCI realizava a primeira visita, sempre que possível, nas primeiras 24 horas.

As visitas domiciliárias obedeciam a um programa diário, com base na consulta dos registos de enfermagem e outros, inseridos no sistema informatizado de registos SClinic, seguidas de registos actualizados, com os detalhes da evolução clínica dos utentes.

Na sequência do nosso objectivo, reservámos os primeiros dias de estágio para **observar o acompanhamento dos Familiares da Pessoa Idosa pela equipa de enfermagem da UCC do Lumiar na transição Hospital/ Domicílio.**

Sendo a nossa experiência virada diretamente para o contexto hospitalar em cuidados intensivos, sentimos que seria fundamental a observação do comportamento da enfermeira orientadora na forma como interagia com os utentes nas visitas domiciliárias. A nossa experiência profissional no estabelecimento da relação com o doente em contexto hospitalar facilitou-nos a perceção das estratégias adotadas pelas enfermeiras da área dos cuidados de saúde primários.

Foi interessante observar como elas estabeleciam uma relação empática com os utentes de forma natural mas sempre com uma intencionalidade subjacente. A importância de identificar potenciais problemas também foi um facto que sobressaiu da relação entre as enfermeiras nos cuidados domiciliários. Verificámos a importância e o respeito que alguns utentes nutrem pelas enfermeiras naturalmente porque têm a consciência que elas são um recurso insubstituível para eles.

As primeiras abordagens junto daquela família revelaram-nos um primeiro desafio: envolver a filha, indiferente à nossa presença, nos cuidados a prestar ao

seu pai. A sua colaboração e interesse só seriam adquiridos ao fim de um tempo e do estabelecimento de uma relação de confiança.

A intervenção utilizando o Modelo de Parceria permitiu-nos construir uma ação conjunta na promoção do Cuidado de Si e do Outro, de acordo com os problemas identificados, as expectativas, as motivações e o projeto de vida e saúde daquela família (Gomes 2013). Foram mobilizados os recursos adequados da pessoa, e simultaneamente, foram estabelecidos objetivos comuns, com os quais o enfermeiro e a Pessoa Idosa e os seus Familiares se comprometeram. Tomámos consciência de como muitas vezes existem dificuldades por parte das pessoas e seus familiares em desenvolver uma verdadeira intervenção em parceria, porque nem sempre essas pessoas têm as capacidades ou os recursos adequados.

A realização do estudo de caso (APÊNDICE XX), segundo o processo inerente ao Modelo de Parceria permitiu-nos compreender de uma forma mais pormenorizada a intervenção de enfermagem à Pessoa Idosa e Família. A utilização deste modelo levou-nos a tomar consciência das suas potencialidades, de como os enfermeiros o utilizam na sua prática profissional de uma forma inconsciente, e que, usando esta metodologia está a criar-se um fio condutor em todas as nossas intervenções de enfermagem.

Verificámos, também, que o tempo de espera dos utentes referenciados para entrarem numa Unidade de Longa Duração, ultrapassa os tempos satisfatórios.

A elaboração do estudo de caso em contexto de CSP foi um instrumento na nossa aprendizagem como enfermeiro especialista, que nos permitiu aprofundar e desenvolver a capacidade de observação, a capacidade de análise e a avaliação multidimensional à Pessoa Idosa e Família no domicílio. Em suma, possibilitou-nos um aprofundamento do conhecimento nas várias vertentes, nomeadamente ao nível dos domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal, manifestando respeito pela Pessoa Idosa e Família, pela sua situação de saúde, pelos seus valores e autodeterminação e garantindo a sua confidencialidade (APÊNDICE XXI). Procurámos ainda como enfermeiro especialista, desenvolver competências na área da articulação e continuidade de cuidados entre os CSP e o contexto hospitalar, promovendo o intercâmbio entre as duas instituições através de uma visita das enfermeiras da UCSP à EGA do hospital com o objetivo de melhorar a articulação entre estas duas estruturas.

## 4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E IMPLICAÇÕES DO PROJETO NA PRÁTICA DE CUIDADOS

Neste capítulo fazemos uma reflexão sobre as competências desenvolvidas nos vários domínios como enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa Idosa. Apresentamos as principais implicações para a prática e as limitações do projeto.

O estágio proporcionou-nos o desenvolvimento de **competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, através da mobilização dos conhecimentos ético-deontológicos na tomada de decisão nos cuidados de enfermagem à Pessoa Idosa e Familiares durante o internamento na UCI. Respeitámos os direitos humanos, assegurando a informação, a autodeterminação, o anonimato e a confidencialidade, de quem cuidámos, assim como o incentivámos no seio da nossa equipa. Estas competências foram mobilizadas nomeadamente quando elaborámos entrevistas aos familiares em que foram explicados os objetivos do estudo e respeitada a vontade e disponibilidade dos participantes. Foi também respeitado o direito à privacidade e assegurada a confidencialidade das informações e o seu não uso para outro fim que não o do estudo. Foram, igualmente, considerados os princípios éticos e de confidencialidade na elaboração dos estudos de caso

No **domínio da melhoria contínua da qualidade** desenvolvemos competências na dinamização, motivação e implementação do projeto para um acompanhamento estruturado dos Familiares da Pessoa Idosa visando o Cuidado de Si, operacionalizado através da mobilização do Modelo de Parceria. A liderança e a gestão de tempos de reflexão na equipa sobre a intervenção inicial relativamente às lacunas existentes no acolhimento identificadas foram o ponto de partida para a mudança pretendida e que posteriormente contribuíram para um acolhimento mais personalizado. A **construção de um ambiente terapêutico e seguro**, foi outra das competências desenvolvidas ao longo do estágio, tanto no contexto de cuidados de saúde primários, como no hospitalar, proporcionado pelas entrevistas à Pessoa Idosa e Família durante a elaboração dos estudos de caso que possibilitaram as condições de espaço e tempo, favorecedoras da relação de confiança e de parceria.



As competências **no domínio da gestão de cuidados** foram desenvolvidas na prestação de cuidados à Pessoa Idosa e Família. A intervenção foi sustentada em conhecimentos científicos, nomeadamente quando foi efetuada a revisão scoping sobre a temática em estudo para a identificação dos FPI durante o acolhimento na UCI e em modelos teóricos de enfermagem, com especial destaque para o Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013). A participação na reunião com as assistentes operacionais permitiu tomar consciência da dificuldade em gerir conflitos e foram mobilizadas competências também no domínio da gestão de cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e fazendo a respetiva articulação multiprofissional. Procurámos o envolvimento de todos os profissionais que enquadram a UCI na delineação de estratégias com vista a um acolhimento estruturado e personalizado, nomeadamente aquando da elaboração da Norma de Acolhimento com principal ênfase para a equipa de enfermagem, mas também para a equipa de assistentes operacionais com vista a fazerem parte do atendimento à porta e, ainda, para a equipa médica, pedindo a sua colaboração na construção da Norma com o objetivo de os fazer sentir também parte integrante do projeto.

No seio da equipa multidisciplinar procurámos, ainda, articular e otimizar a resposta da equipa de enfermagem efetuando uma visita à EGA do Hospital no sentido de compreender como se fazia a articulação com a UCSP e efetuando no final do estágio em CSP, as diligências necessárias para que as enfermeiras tivessem a oportunidade de conhecer a realidade hospitalar e uma melhor articulação com a EGA do nosso hospital.

Por fim, **no domínio das aprendizagens profissionais** a autorreflexão proporcionada pelas leituras, orientações tutoriais e registos reflexivos ajudaram no autoconhecimento, e a identificar as áreas de destaque para maior desenvolvimento, que necessitava de ser especialmente aprofundado, com o objetivo de fundamentar a prática de cuidados em consistentes padrões de conhecimento. Também desenvolvemos ao longo do estágio competências na dinamização e facilitação das aprendizagens na equipa onde estamos inseridas.

Existiram condições que contribuíram para a realização deste projeto. Salientamos que nos foi facultada a possibilidade de realizar o estágio e o projeto no nosso contexto de trabalho, onde nos pudémos envolver com a equipa de

enfermagem num percurso de formação. O fato da equipa de enfermagem ser extremamente jovem e motivada, contribuiu para o empenho e interesse e foram um forte apoio e estímulo para o nosso próprio desenvolvimento de competências de forma a corresponder às respetivas expectativas formativas. Os resultados obtidos no projeto, mostram que a equipa de enfermagem está motivada para melhorar o acolhimento na UCI aos familiares. Tanto a equipa de enfermagem como a equipa médica, contribuíram ao longo do percurso formativo, com a sua disponibilidade e incentivo, para a realização do projeto, nomeadamente quando compareceram nas formações em serviço e como participaram ativamente com sugestões.

As principais limitações do projeto estiveram relacionadas com a duração do estágio. Se, por um lado foi previsível a elaboração de normas para um acolhimento estruturado e personalizado, a tomada de consciência desses comportamentos vertidos para a Norma demoraram mais tempo a ser assimilados. Temos consciência que para efetuarmos uma verdadeira intervenção em parceria, a mudança na prática de cuidados necessita de tempo para que os enfermeiros consigam apreender novos conhecimentos, articulá-los e mobilizá-los na sua prática diária.

Ao longo do estágio, fomos expondo algumas das sugestões para a continuidade do projeto. A elaboração de uma Norma de Acolhimento específica para os doentes da UCAPO foi sentida, pela equipa, como uma necessidade, visto existirem duas realidades diferentes no mesmo espaço físico. A continuação do aprofundamento do Modelo de Parceria e a operacionalização para a Pessoa Idosa e Família no contexto de UCI é outra área a desenvolver, nomeadamente utilizando como referência na colheita de dados o Guião do Modelo de Parceria desenvolvido durante o estágio.

## 5. CONCLUSÃO

Durante o período de internamento numa UCI, as necessidades da pessoa doente idosa e da família, sofrem alterações porque vivenciam uma situação stressante, com sentimentos de solidão, de ansiedade e insegurança, perante a incerteza quanto ao desfecho da situação e às perspetivas para as suas vidas futuras.

Muitas vezes, neste contexto, os profissionais de enfermagem, não efetuam uma intervenção estruturada no acompanhamento dos FPI durante o internamento com vista à satisfação das suas reais necessidades. Seria importante que pelo facto de existir uma interação frequente com a família por parte da equipa de enfermagem e pela sua visão holística da pessoa, fossem os enfermeiros os profissionais mais adequados para conhecer e satisfazer as necessidades dos FPI em contexto de UCI., o que, de acordo com os estudos analisados, nem sempre acontece. O confronto com esta realidade possibilitou-nos, através da metodologia de trabalho por projeto, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre na área da Pessoa Idosa, tendo por base o Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009, 2013, 2016).

A Intervenção em Parceria com a Pessoa Idosa e Família inclui uma avaliação multidimensional, o envolvimento do familiar de referência e a determinação de um plano de cuidados personalizado, em que o enfermeiro tem a possibilidade de trabalhar em parceria com o objetivo dessa família continuar o seu projeto de vida.

A necessidade de compreender o projeto de vida e saúde da Pessoa Idosa e seus Familiares conjuntamente com o desenvolvimento de uma intervenção em parceria, são desafios colocados à equipa de enfermagem na sua prática diária, requerendo a aquisição de conhecimentos e competências.

A concretização do estágio constituiu uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

Através da metodologia de projeto, o estágio possibilitou-nos o planeamento e desenvolvimento de estratégias e atividades com o objetivo de provocar uma mudança nas práticas. A fase de diagnóstico de situação permitiu-nos a definição do ponto de partida, da identificação de lacunas no acolhimento dos FPI em contexto de UCI. O reconhecimento da necessidade de melhoria por parte da equipa de

enfermagem possibilitou a mudança de práticas e comportamentos. A fase de implementação de estratégias para o desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a Pessoa Idosa e Família com vista a um acolhimento estruturado e personalizado decorreu sem sobressaltos por um lado devido ao elevado investimento pessoal no projeto e, por outro, por sermos um elemento com mais de vinte anos de experiência no referido local de estágio e sermos uma referência para a equipa. A escassez de tempo para a equipa de enfermagem interiorizar o Modelo de Parceria no Serviço foi uma das dificuldades sentidas visto ser um Modelo recente. Contudo, dada a sua pertinência, não quisemos deixar de o incluir, nesta fase, na prática de cuidados na UCI. Na fase de avaliação do projeto, conseguimos identificar melhorias significativas no acolhimento efetuado aos familiares tornando-se mais estruturado e personalizado tendo sido consideradas estratégias eficazes a reformulação da Norma de Acolhimento e o Folheto Informativo.

Implementaram-se novas práticas com vista a um acolhimento personalizado e estruturado na UCI. Na perspetiva do bem-estar da Pessoa Idosa e seus Familiares proporcionados pelos profissionais de saúde e instituições hospitalares é fundamental dar ênfase a um acolhimento individualizado que vá ao encontro das verdadeiras necessidades dos FPI, através de um processo de parceria.

Um processo de mudança de práticas não termina após a finalização do estágio, pelo que considerámos crucial a continuação do trabalho desenvolvido. A reformulação da Norma de Acolhimento para a UCAPO surgiu-nos como objetivo a breve trecho. A introdução do Guião do Modelo de Parceria para a realização da nota de entrada de enfermagem na UCIMCR é outro dos objetivos pensados, com vista à melhoria dos cuidados a prestar ao doente e família.

A nível pessoal, assumimos o compromisso de continuar a dinamizar a prática de cuidados, através do desenvolvimento de uma intervenção em parceria com a Pessoa Idosa e Família com vista à constante melhoria do acolhimento, e da divulgação da melhor evidência científica disponível para uma prática de cuidados de qualidade, e da criação de oportunidades de reflexão na equipa de enfermagem.

Nesse sentido, tencionamos publicar numa revista científica, a revisão *scoping* elaborada no percurso formativo. Apresentámos este projeto nas Jornadas de Investigação, Inovação e Desenvolvimento (NURSID) da Escola Superior de Enfermagem do Porto no dia 6 e 7 de julho de 2017.

## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akroutea, A. R., Bondasa, T. (2015). Critical care nurses and elderly relatives in ICU. - Ambivalent interaction. ScienceDirect. Elsevier. Noruega.
- Alberoni, F. (2000). *Tenham coragem*. 5ª Edição. Bertrand Editora, Venda Nova.
- Baileya J. J., Sabbaghb M., Loiselc C. G., Boileaug J., McVeyh L. (2010). Support to families in the ICU: Descriptive correlational study of information support, anxiety and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*. Canada. Acedido em 16-09-2016. Disponível em: [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(09\)00125-6/pdf](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(09)00125-6/pdf)
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Camponogara, S., Santos, T., Rodrigues, I, Frota, L., Amaro, D. & Turra, M. (2013). Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit. *Journal of Research Fundamental Care On Line*, 5 (4), pp. 622-634. Acedido em 3-01-2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2309>
- Campos, S. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado da Universidade do Porto. Acedido em 16-05-2016. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=604336](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=604336)
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.
- Centro de Saúde do Lumiar (2011). *Programa de Carteira de Serviços UCC do Lumiar*, ACES Lisboa Norte.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Direção de Enfermagem. (2011). *Quadro de referências para o desempenho dos profissionais*.
- Chatzaki, M., Klimathianaki, M., Anastasaki, M., Chatzakis, G., Apostolakou, E. and Georgopoulos, D. (2010). Defining the needs of family members of patients hospitalized in an ICU of a rural Greek region. A prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*. Grécia.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2ª ed.). Lisboa: Lidel

- Decreto-Lei nº 74/2006. Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Mestrado. *Diário da República 1ª Série - A* N.º 60 — 24 de março de 2006. 2242-2257. Acedido em 5/ 06/2017. Disponível em:  
[https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75316582/201704091124/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage? Legislacao Consolidada WAR\\_drefrontofficeportlet\\_rp=indice](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75316582/201704091124/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice)
- Dias, I. (2015). Sociologia da Família e do Género. Lisboa. Pactor, p. 9.
- Dicionário infopédia. (2016). Língua Portuguesa. Acedido em 15-04-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/necessidade>
- ESEL (2014). Regulamento de Mestrado 2014. Acedido a 24/06/2016. Disponível em:  
[http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg\\_mest\\_02\\_2014.pdf](http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf)
- ESEL (2015). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2015/2016. 7ºCurso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.
- Ettelt, S., Nolte, E., McKee, M., Haugen, O. A., Karlberg, I., Klazinga, N., Ricciardi, W., Teper, J. (2006). Evidence-based policy? The use of mobile phones in hospit. *Journal of Public Health*. Acedido em 3-01-2017. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17071816>
- Fortin, M. (1999). O processo de Investigação – Da conceção à realização. Lisboa: Lusociência.
- Fortunatti, C. F. P. (2014). Most.Important needs of family members of critical patients in light of Critical Care Family Needs Inventory.Acedido a 20/06/2016 Disponível em:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Gomes, I. D. (2009). Cuidado de Si. A natureza da parceria entre o enfermeiro eo doente idoso no domicílio. Tese apresentada a Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor. Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 6/05/2016. Disponível em:

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3800/4/Tese%20PhD%20Enfermagem%20Idalina%20Gomes.pdf>

- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Hashima, F., Hussinb, R. (2012). Family Needs of Patients Admitted to an Intensive Care Unit in a Public Hospital. Sciverse sciencedirect. Malasia.
- Henderson, Virginia, A. (1994). La naturareza de la enfermeira. Reflexiones 25 anos después. McGraw-Hill. Acedido em 15-04-2017. Disponível em:  
<http://bvs.sld.cu/revistas/Enfermeria/Enfermeria1.pdf>
- Heyland, D. K. ; Mehta P. D., Deborah S. C., Garland, A., Stelfox, H. T., Bagshaw, S. M., Kutsogiannis, D. J., Burns, K., Muscedere, J., Turgeon, A. F., Fowler, R., Jiang, X., Day, G. A. (2015). Admission of the elderly in the ICU: Family perspectives on clinical decision making from a multicenter cohort study. Palliative Medicine. Sage Publications. Canada.
- Hildebrandt, L. M., Pinno, C. Muller, L. A., Silva, L.A.A., Schons, V. F., Leite, M. T. (2015). A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva na voz de Idosos e Familiares. Acedido em 4-07-16. Disponível em:  
<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060>
- Hinklea, J. L., Fitzpatric, E. k. (2011). Needs of family members of American patients in intensive care: Perceptions of family members, doctors and nurses. ScienceDirect. Elsevier. Estados Unidos da América.
- Høghauga, G., Fagermoenb, M. S., Lerdal, A. (2011). The visitor's regard of their need for support, comfort, information proximity and assurance in the intensive care unit. Elsevier Ltd. Sciencedirect.com. Intensive and Critical Care Nursing. Noruega.

- INE (2015). Dia Mundial da População 11 julho de 2015: Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 11-07-2016. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2)
- Jacelon, C. S., Henneman, E. A. (2014). Dignity in the seriously ill elderly person: The family. *Heart & Lung*, ELSEVIER. Estados Unidos da América.
- Jacob, M Horton, C., Rance, S. -Ashley, S. R., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J. Frobos, C. (2016). Needs of relatives of patients in an intensive care unit with continuous visits. *American Journal Off Critical Care*. Estados Unidos da América.
- Karlsson, C., Tisell, A., Engström, A., Andershed, B. (2011). Satisfaction of critical care family members: a pilot study. *British Association of Critical Care Nurses*. Suécia.
- Kérouac, S., Pepin, Jacinthe, Ducharme, Francine (2010). – La pensée infirmière: conceptions et stratégies . 3<sup>o</sup> ed. Laval, Maloine.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Lusodidacta, Lisboa.
- Lei nº 67/98 de 26 de outubro (1998). Lei da Proteção de Dados Pessoais (transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados). *Diário da Republica I Série*, Nº 247 (26-10-1998) 5536-5546.
- Leite, K., Martins, K., Costa, K., Rezende, L. (2013). Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de Familiares Idosos. Brasil. Acedido em 14-07-16. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao\\_oral\\_idin\\_scrito\\_117766fc5fb423427e330ba7a5f235aa.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idin_scrito_117766fc5fb423427e330ba7a5f235aa.pdf)
- Lima, M. P (2010), Envelhecimento (s), Estado da Arte. Coimbra: imprensa da Universidade de Coimbra.
- Mariappan, P. M., Raghava D. R., Aleem, S. H. E. A., Zobaa, A. F. (2016). *Journal of Advanced Research*. Acedido em 20-11-2016. Disponível em:



<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090123216300248>

Martins, J. & Nascimento, E. (2005). Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. Artº Catarinenses de Medicina. Acedido em 4-07-2016.

Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/284.pdf>

Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994). – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook, 42; 6 (Nov/Dec), 255-259.

Meleis, A. (2007) – Theoretical Nursing development and Progress. Philadelphia. ISBN: 9780781736732 Editora Lippincott

Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

Mendes, A. P. (2015). A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos. Desalojar o Desassossego que Vive em Si. Loures: Lusodidacta.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med.;151(4):264-9.

Obringer, K., Hilgenberg, C.I and Booker, K. (2011). Needs of adult relatives of patients in an intensive care unit. Journal of Clinical Nursing. Midwest, USA.

Oliveira, E. M. R. N. 2012. O Primeiro Contacto da Família com a UCI. Relatório Final. 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Portugal  
Acedido a 24/09/2016. Disponível em:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1804/1/OLIVEIRA%20Elina%20Maria%20Ribeiro%20Nunes%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, pp. 8648 – 8653. Acedido a 24/04/2016. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros, Divulgar, Lisboa.

- Pardavila, B., M. & Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), p.51-67. Acedido a 10/02/2017. Disponível em:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460>
- Phaneuf, Margot. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Quarteto. Coimbra.
- Plakas, S., Take, A., Cant, B., Fouka, G. and Vardaki, Z. 2013. The meaning and importance of vigilant care for the relatives of patients in intensive care units. British Association of Critical Care Nurses. Grécia.
- Rosa, C. J., Basto, L. M. (2009). Necessidade e Necessidades. Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem* Vol. 13 N.º 1 1º. Acedido em 16-05-2016. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_1\\_13-23\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23(1).pdf)
- Rodrigues, M. & Ferrão, L. (2006). *Formação Pedagógica de Formadores* (7ª Edição). Lisboa: Lidel.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15, Janeiro-Março, 1-38. Acedido a 30/06/2016. Disponível em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Salins, N., Deodhar, J., Muckaden, M. A. (2016). Death in the Intensive Care Unit and factors that influence the satisfaction of family members with care in an ICU. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. India.
- Santos, S. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido em 15-07-2016. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf>
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª ed.) Lusodidacta.
- Tastan, S., Iyigun, E., Ayhan, H., Kılıckaya, O., Yılmaz, A. A., Kurt, E. (2014). Validity and reliability of the Turkish version of family satisfaction in the Intensive Care unit. *International Journal of Nursing Practice*. Turquia

- Vieira, G. B., Alvarez, A. M., Girondil, J. B. R.. O stress do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. Acedido em 4-07-16. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a09.htm>
- Watson J. (1999). Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de Enfermagem. Loures (PT): Lusociência.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família (3ª ed.). São Paulo: Roca.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I. Revisão Scoping**

## **REVISÃO SCOPING**

### **Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos. Intervenção de Enfermagem em Parceria**

#### **INTRODUÇÃO**

O papel da família é fundamental no modo como cada indivíduo gere e vive a doença e o internamento, influenciando o seu processo de adaptação e recuperação.

A satisfação das necessidades da pessoa e da família é uma das funções da enfermagem, no entanto estas têm que ser centradas na pessoa doente e na família que devem ser vistos como parceiros de cuidados. Importa por isso clarificar o conceito de necessidade. A definição deste conceito é bastante mais complexa do que a simplicidade que a palavra transmite. O Dicionário da Língua Portuguesa (2016), define necessidades como sendo o carácter do que se precisa mesmo; carácter do que é indispensável ou imprescindível, falta; carência, privação e inevitabilidade.

Na Psicologia, este termo é frequentemente substituído por motivação, por ser um sentimento que leva a desejar aquilo que permite satisfazer a necessidade Phaneuf, (2001).

Analisando o conceito de acordo com a Filosofia e adotando uma visão aristotélica do conceito de necessidade, este pode definir-se como “(...) o que está sendo seja enquanto está-sendo e que não está sendo não seja enquanto não está sendo” (Rosa, C. J., Basto, L. M. 2009, p.17). Os mesmos autores referem que ao falarmos de necessário e de necessidade, apenas podemos, honesta e rigorosamente, estar a falar do que é “melhor” ou “mais” possível num certo momento e circunstância. O presente, o aqui e agora (e isso é, na verdade, “o-que-está-sendo”, o necessário), é um possível que realiza o trânsito, a passagem, entre dois possíveis: o que foi e o que, eventualmente, será.

Na enfermagem nos anos 50 a “escola das necessidades” atinge o seu auge através de Virgínia Henderson. Esta teórica dá ênfase às necessidades, em que este conceito adquire o significado de défice humano, falta de algo que pode ser

superado pelos cuidados prestados pelos enfermeiros. Segundo Adam, 1994 e Adam 1991 (citado por Kéruac et al, 2010), Henderson baseou-se, embora nunca o referenciando, em Maslow, na hierarquia das necessidades básicas que tem como base as necessidades fisiológicas, seguindo-se a necessidade de segurança, necessidade de estima e consideração e no topo, a necessidade de realização pessoal.

Watson (1999) e Meleis (2007) definiram necessidade como um estado de carência que é preciso ultrapassar e satisfazer, considerando a globalidade da pessoa, num contexto determinado, que leva à ação e cuja satisfação é geralmente fator de motivação.

Durante o período de internamento numa UCI, as necessidades quer do doente, quer da família, sofrem alterações porque vivenciam uma situação stressante, com sentimentos de solidão, de ansiedade e insegurança, perante a incerteza quanto ao desfecho da situação e às perspetivas para as suas vidas futuras.

A condição de debilidade extrema que caracteriza a pessoa numa UCI, que pode levar à sua incapacidade para a tomada de decisão e do regular exercício de autonomia pode ter como consequência a transferência deste poder para a família. Neste contexto existe a probabilidade de aumentar o stress emocional da família, diminuindo a dinâmica do sistema familiar, numa fase em que é essencial o seu equilíbrio e coesão no apoio ao familiar doente.

As situações responsáveis por causar desequilíbrios nos familiares são assim várias como por exemplo: o facto de se desconhecer a real situação do estado do doente, o próprio ambiente da UCI, as experiências anteriores de hospitalização de um familiar ou pessoa próxima, a gravidade da situação do doente e o reduzido contacto com a equipa da Unidade (Leite, et al. 2013).

A família pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar, o que desencadeia diferentes tipos de necessidades (Campos, S., 2014).

Na pessoa idosa e família esses medos são intensificados, porque o internamento em UCI, evidencia maior gravidade e provoca sentimentos de medo e insegurança associando o local "...à finitude da vida" (Hildebrand, et al. 2015; p.544). Contudo, os mesmos autores realçam que este ambiente, também poder ser visto como lugar de esperança e de recuperação das condições de saúde.

Neste contexto, é condição estrutural que o enfermeiro veja a pessoa idosa e a família como ser de projeto e de cuidados e tenha consciência da necessidade de tempo e espaço para se estabelecer uma relação de qualidade que possibilite um trabalho em parceria que vá ao encontro do projeto de vida e saúde da família (Gomes, 2016). É central no exercício profissional conhecer a singularidade da família e o seu potencial de desenvolvimento para ajudar a família a promover o cuidado de Si qualquer que seja a sua circunstância (Gomes, 2016). Pressupõe da parte dos enfermeiros disponibilidade e respeito pela pessoa idosa doente e familiar, pois são estes que são detentores do fio condutor e dos limites da informação a partilhar com quem cuida (Collière, 1999).

A falta de informação é referida na literatura como uma das principais necessidades que os familiares de pessoas internadas em UCI sentem e que provoca mais angústia (Pardavila Belio & Vivar, 2011).

A transmissão de informação e o esclarecimento de dúvidas sobre o quadro clínico da pessoa idosa é um direito dos familiares e deve ser uma prática comum da equipa de saúde com o objetivo de diminuir o sofrimento e a ansiedade (Karlsson, C., et al. 2011; Hildebrandt et al. 2015,). É, assim fundamental que a enfermagem como parte integrante dessa equipa, seja capaz de conhecer essas necessidades para na prática clínica identificar as reais necessidades dos familiares e conseguir-se responder às mesmas (Mendes, A. P. 2015).

Na literatura constata-se a existência de estudos acerca das necessidades dos familiares dos doentes adultos em UCI, mas a mesma ainda é escassa para os familiares dos doentes idosos.

Assim os objetivos desta revisão são explorar o estado atual do conhecimento científico relacionado com as necessidades dos familiares cuidadores de pessoas idosas em contexto de UCI, e desenvolver um mapa conceptual sobre as mesmas e identificar as estratégias utilizadas na prática clínica para ir ao encontro das necessidades dos familiares vendo-os como parceiros de cuidados.

Os resultados desta revisão poderão permitir efetuar um acolhimento e acompanhamento de enfermagem mais personalizado e estruturado aos familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI.

Iniciamos esta revisão com a formulação da questão de investigação que se baseou na mnemónica **PCC**: Quais as necessidades (**Conceito**) dos Familiares de



Pessoas Idosas (**População**) em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (**Contexto**), tendo por base o que é preconizado pelo Joanna Brigs Institute (2015).

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a concretização dos objetivos, foi concebida uma scoping review sobre as necessidades dos Familiares de Pessoas Idosas em contexto de UCI, com base na metodologia do Instituto Joanna Brigs (The Joanna Briggs Institute, 2015) e no modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para a organização da Informação.

Os critérios de inclusão dos artigos foram sendo justificados durante a introdução e estão sumariados na tabela 1. Foram definidos com base na população, conceito, tipo de estudo, língua e data de publicação

**Tabela 1:** Critérios para a formulação da questão de investigação da revisão scoping conjuntamente com os critérios de inclusão.

			Palavras-chave
P. População	Quem foi estudado?	Familiares de Pessoas Idosas.	- Family. - Relatives. - Significant other. - Elderly. - Old people. - Aged.
C. Conceito	O que foi estudado?	Necessidades	- Needs.
C. contexto	Onde foi estudado)	Unidade de cuidados intensivos.	- UCI. - Intensive Care Unit. - Acute Care.
Tipos de Estudo	Todos os tipos de estudos primários ou secundários, qualitativos ou quantitativos. Texto completo.		
Data da Publicação	Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 1 junho de 2016.		
Língua:	Estudos publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola.		

## ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O passo inicial para a identificação dos estudos passou pela realização de pesquisas convencionais em bases de dados eletrônicas com as palavras-chave acima referidas. Posteriormente, através da consulta dos estudos mais relevantes e identificação dos principais termos e palavras de pesquisa utilizadas, foram definidas as frases booleanas para a realização da mesma.

A estratégia de pesquisa passou pela busca nas bases de dados mais significativas: MEDLINE, CINAHL, COCHRANE e B On.

As estratégias usadas nas bases de dados eletrônicas (frases booleanas e filtros ativados) são apresentadas de seguida, tendo em conta a orientação das palavras-chave utilizadas em cada uma das bases dados.

Na MEDLINE: Family OR Relatives OR Significant other OR Elderly OR Old people OR Aged AND Needs OR UCI OR Intensive Care Unit OR Acute Care. Filtros ativados: Limitadores: Estudos publicados entre 2010 e 2016; que fossem com texto completo, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Na CINAHL: Family OR Relatives OR Significant other OR Elderly OR Old people OR Aged AND Needs OR UCI OR Intensive Care Unit OR Acute Care. Filtros ativados: Limitadores: Estudos publicados entre 2010 e 2016; que fossem com texto completo, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Na COCHRANE: Family OR Relatives OR Significant other OR Elderly OR Old people OR Aged AND Needs OR UCI OR Intensive Care Unit OR Acute Care. Filtros ativados: Limitadores: Estudos publicados entre 2010 e 2016; que fossem com texto completo, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Na Base de dados B On: Family OR Relatives OR Significant other OR Elderly OR Old people OR Aged AND Needs OR UCI OR Intensive Care Unit OR Acute Care. Filtros ativados: Limitadores: Estudos publicados entre 2010 e 2016; que fossem com texto completo, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Ao termos deparado com a existência de muitos artigos relacionados com a pergunta de investigação, colocámos mais limitadores: geriatric assessment, nursing, needs assessment (medical care), family, elderly, thematic analysis, critical care medicine, families, older people, qualitative research, old age, Patients, medicine, caregivers,

intensive care units. (esses limitadores, não existiam nas restantes bases de dados consultadas).

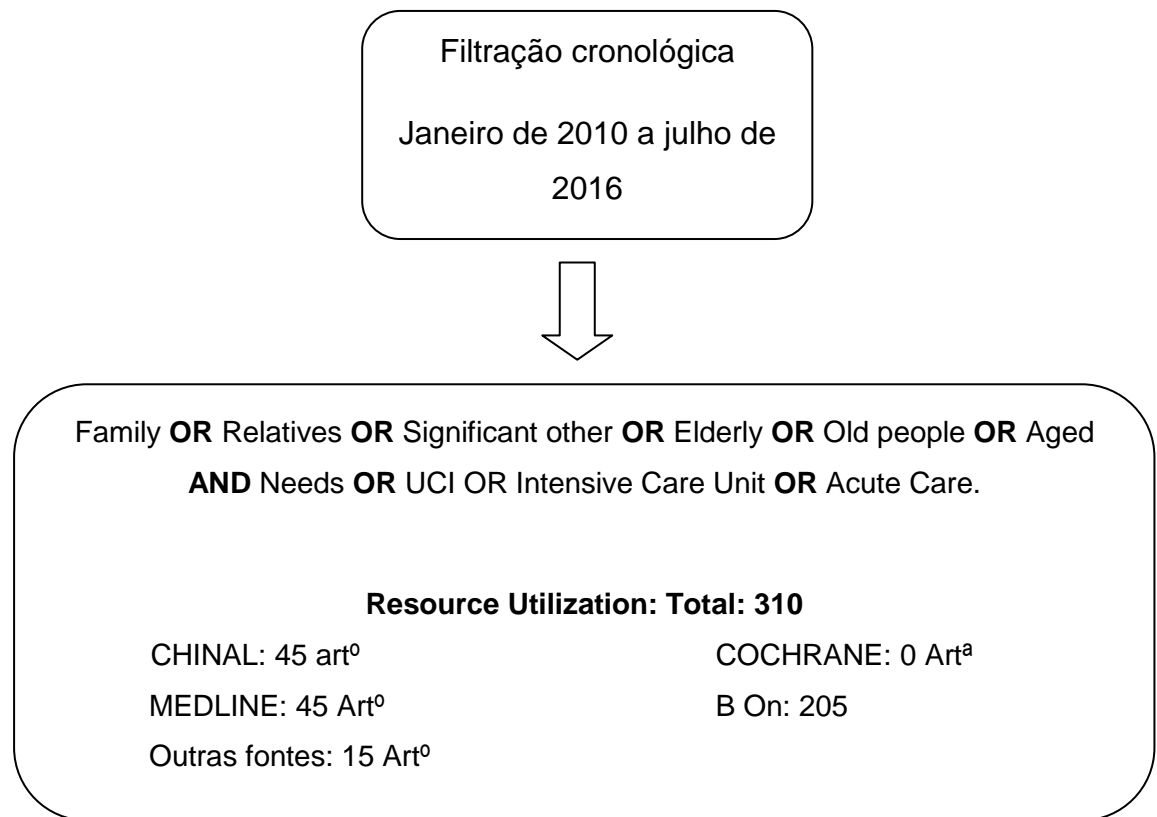
Foram também incluídos outros 15 estudos identificados através de pesquisas livres e literatura cinzenta, que cumpriam os critérios de inclusão. A língua de pesquisa foi o inglês, no entanto, estudos em língua espanhola e portuguesa foram incluídos. Foram tidas em consideração as publicações entre Janeiro de 2010 a Junho de 2016, momento em que se realizou a pesquisa, limitando-a aos últimos 10 anos. A estratégia de pesquisa não foi restringida a qualquer tipo de estudo, sendo incluídos todos os estudos científicos, independentemente do desenho dos mesmos, e cuja população em estudo incluísse familiares de pessoas idosas.

## **IDENTIFICAÇÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS**

Para além dos estudos encontrados nas bases de dados científicas, como já foi referido, incluíram-se estudos da literatura cinzenta. Estes foram identificados através de pesquisa no Google e manual em livros. Posteriormente removeram-se os artigos duplicados. O processo de elegibilidade dos estudos consistiu na aplicação de um teste de triagem, que foi efetuado através da análise dos títulos e resumos dos artigos e o enquadramento dos mesmos nos critérios de inclusão. Este foi constituído por quatro questões do tipo sim/não relacionadas com o tema da investigação, a data de publicação, idioma de publicação e população de estudo e contexto do estudo.

Para uma melhor compreensão do processo de pesquisa-apresentamos de seguida na figura 1 e 2 a esquematização do percurso metodológico, a respetiva seleção dos estudos e o procedimento de identificação e inclusão dos mesmos.

**Figura 1 - Processo de pesquisa e seleção**



Na base de dados CINAHL Plus with full text, foram identificados 45 estudos através dos termos Family OR Relatives OR Significant other OR Elderly OR Old people OR Aged AND Needs OR UCI OR Intensive Care Unit OR Acute Care.

Na MEDLINE with full text, foram identificados 45 estudos através dos mesmos termos:

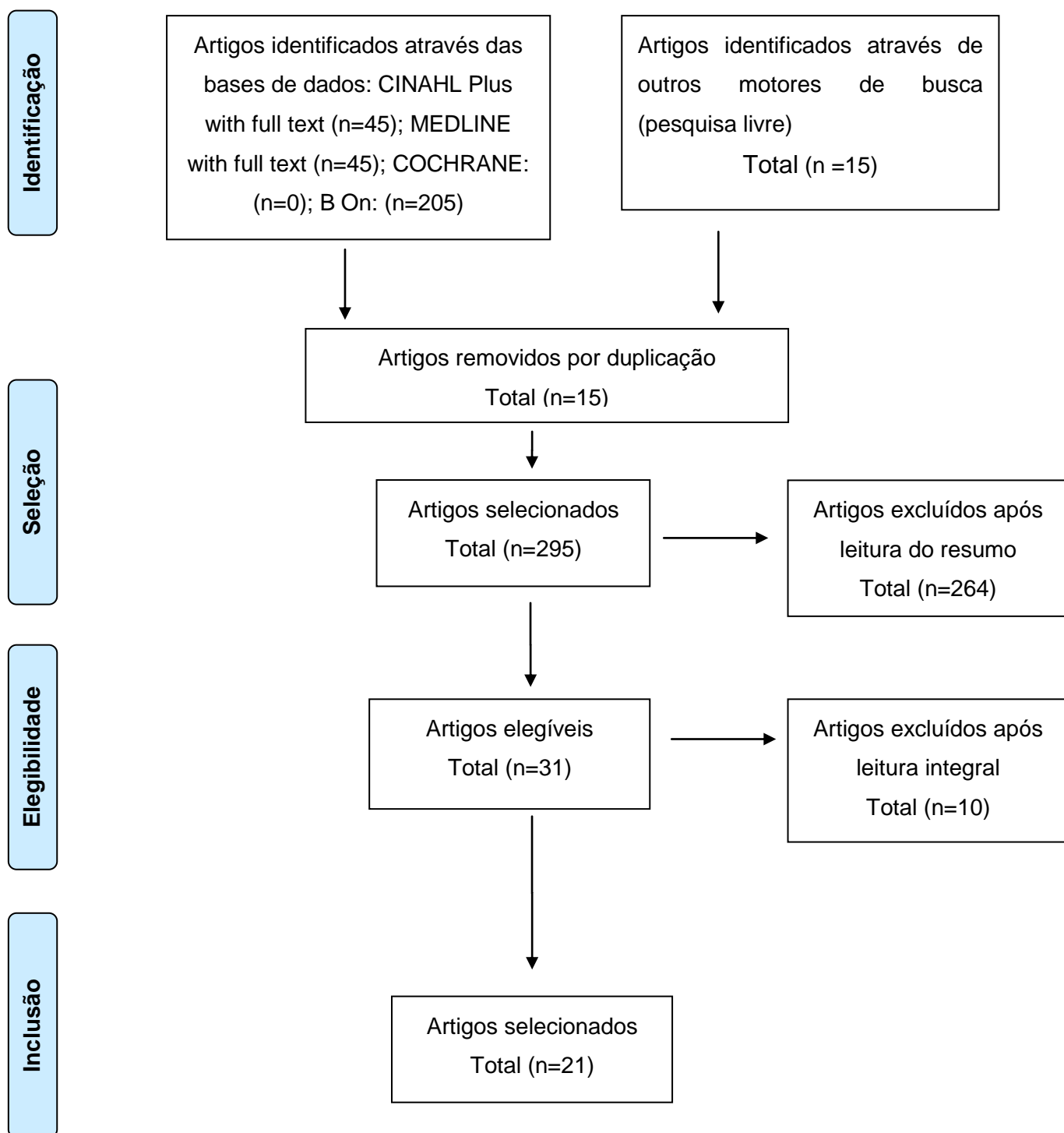
Na Cochrane Database of Systematic Reviews, utilizando os mesmos termos não foram identificados nenhuns estudos.

Na plataforma B On, foram identificados 205 estudos, através dos mesmos termos.

Relativamente às bases de dados de acesso livre, foi efetuada pesquisa através do Google e pesquisa manual em bibliotecas de livros, foram escolhidos 15 estudos, tendo em conta os critérios de inclusão.



**Figura 2** - Diagrama de fluxo Prisma para processo de Revisão Scoping



Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med.;151(4):264-9.

## **ANÁLISE DOS ESTUDOS**

Quanto a análise dos estudos incluídos, foram examinados os aspetos descritivos tendo em conta os autores dos estudos, o país de origem, e o número de artigos por ano.

As características metodológicas incluíram o objetivo do estudo e a identificação das necessidades dos familiares das pessoas idosas em contexto de UCI, com realce para estratégias utilizadas na prática clínica para ir ao encontro dessas mesmas necessidades.

## **RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO**

Através da pesquisa efetuada foram identificados nas diferentes bases de dados 295 estudos, mais 15 estudos das bases de dados de acesso livre, o que perfaz um total de 310 estudos. Posteriormente foram retirados 15 estudos que se encontravam duplicados pelo que se apresenta um total de 295 estudos selecionados para análise. Através da leitura dos resumos foram excluídos 264 estudos que não respondiam à questão formulada ou não foram realizados em contexto de UCI ou não diziam respeito a pessoas idosas. Dos 31 estudos elegíveis foi efetuada a leitura na íntegra, tendo sido excluídos 10 estudos por não apresentarem uma relação direta com a questão formulada pelo que a nossa amostra inclui um total de 21 artigos para análise.

## **DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS**

Da análise da distribuição das publicações por ano e relevância, tendo em conta os objetivos do estudo, em 2010 foram publicados 2 estudos relevantes, 3 em 2011, 3 em 2012, 2 em 2013, 5 em 2014, 4 em 2015 e 2 estudos relevantes em 2016.

Em termos de origem de país com publicações mais relevantes identificámos Portugal (4 estudos, retirados da literatura cinzenta, EUA (3 estudos), Canada (2 estudos), Grécia (2 estudos), Noruega (2 estudos), Brasil (2 estudos), Turquia (1

estudo), Chile (1 estudo), Espanha (1 estudo), Índia (1 estudo), Malásia (1 estudo) e Suécia (1 estudo).

Quanto aos objetivos dos estudos incluídos, os mesmos podem ser verificados no quadro 1, que detalha os artigos incluídos na revisão por título, autor, ano da publicação, objetivo do estudo e principais resultados e considerações.

**Quadro 1:** Objetivos dos estudos e principais resultados e considerações

AUTORES / ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS / CONSIDERAÇÕES
<b>A1</b> <b>Bailey, J. et al.</b>  (2010)  (B On)  - Canada.	Support to families in the ICU: Descriptive correlational study of information support, anxiety and satisfaction with care.	Descrever uma iniciativa local relativamente à percepção dos membros da família sobre informação de suporte, ansiedade, satisfação com o cuidado e as suas inter-relações, com vista à melhoria da informação de apoio e sua eventual avaliação.	Obter respostas sinceras às questões colocadas. A informação prestada ser compreensível. Saber o que está a ser efetuado ao doente e porquê.
<b>A2</b> <b>Chatzaki, M. et al.</b>  (2010)  (CHINAL)  - Grécia	Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study.	Definir as necessidades das famílias de pacientes de unidade de terapia intensiva na população suburbana/rural específica da ilha de Creta.	A necessidade de segurança foi consistentemente destacada como a mais importante. Sentirem que estão a receber informações de uma forma honesta. Sentirem que o melhor tratamento está a ser dado ao seu familiar e sentirem que existe esperança. Os familiares mais idosos e com nível económico inferior necessitam de ser redirecionados para a assistente social.
<b>A3</b> <b>Hinklea, J. L., Fitzpatrick, E. k.</b>  (2011) (B On)  -E.U.A.	Needs of family members of American patients in intensive care: Perceptions of family members, doctors and nurses.	Descrever as percepções dos familiares, médicos e enfermeiros que trabalham com os mesmos pacientes num ambiente de UCI face às necessidades.	Terem respostas dadas com sinceridade, terem a certeza de que os melhores cuidados possíveis estão sendo dados. Sentirem que os profissionais de saúde sem preocupam com o ente querido. Saberem porque está a ser feito o tratamento de determinada maneira.

AUTORES / ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS / CONSIDERAÇÕES
<b>A4</b> <b>Høghauga, G., Fagermoen, M. S., Lerdal, A. (2011).</b> <b>(B On)</b> <b>Noruega.</b>	The visitor's regard of their need for support, comfort, information proximity and assurance in the intensive care unit.	Descrever os tipos de relacionamento entre as variáveis demográficas e a necessidade de apoio, conforto, informação, proximidade e segurança entre os visitantes numa UCI.	Os visitantes em grupos etários mais jovens, consideram a necessidade de conforto, informação, proximidade e garantia mais importante do que aqueles em grupos de idade mais avançada. Os visitantes mais velhos consideravam as suas necessidades menos importantes do que os visitantes mais jovens, exceto a necessidade de apoio. Visitantes de doentes com um período de hospitalização mais curto consideram as necessidades de apoio e proximidade mais importante do que em internamentos mais longos. As mulheres consideravam a necessidade de conforto mais importante do que os homens.
<b>A5</b> <b>Karlsson, C., et al. (2011)</b> <b>(CHINAL)</b> <b>- Suécia.</b>	Family members' satisfaction with critical care: a pilot study.	Descrever a satisfação dos membros da família com o atendimento prestado numa UCI na Suécia, com base nas seguintes necessidades: garantia, informação, proximidade, apoio e conforto, que estão todos incluídos no Instrumento de Pesquisa do Grau de Satisfação Familiar em UCI (CCFSS).	Fornecer informações regulares aos familiares pelos profissionais de saúde, necessidade de sentir esperança, necessidade de estar próximo do seu familiar. Eles ficaram especialmente satisfeitos com o horário de visitas flexível necessidade de um planeamento atempado e programado da alta do doente da UCI com os familiares de modo a eles se poderem organizar adequadamente e a necessidade de ter acesso a salas de espera com mais conforto.
<b>A6</b> <b>Pardavila, B., M. &amp; Vivar, C. (2011)</b> <b>(B On)</b> <b>- Espanha</b>	Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura.	Analisar e apresentar as necessidades das famílias do doente crítico.	Esta revisão propõe que para satisfazer as necessidades dos familiares se criem protocolos para a transmissão da informação e se flexibilize o horário das visitas. Propõe a utilização de um genograma e um ecomapa. A Família necessita de receber o máximo de informação possível por parte dos profissionais, seguida da necessidade de estar próximo do seu familiar.



AUTORES / ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS / CONSIDERAÇÕES
<b>A7</b> <b>Hashima, F., Hussin, R.</b>  <b>(2012)</b>  <b>(Outras fontes)</b>  <b>- Malasia.</b>	Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital.	Identificar as necessidades dos membros da família. Estabelecer uma ordem de importância nessas necessidades e verificar se seriam satisfeitas.	São fundamentais as competências comunicacionais para os enfermeiros satisfazerem as necessidades dos familiares de um utente internado numa UCI. Os familiares consideram que são os enfermeiros os profissionais de saúde que melhor satisfazem as suas necessidades. Saberem o prognóstico, telefonarem se houver alteração da situação e obterem respostas sinceras
<b>A8</b> <b>Oliveira, E. M. R. N.</b>  <b>(2012)</b>  <b>(Outras fontes)</b>  <b>- Portugal</b>	O Primeiro Contacto da Família com a UCI.	Identificar as necessidades dos familiares dos pacientes Internados na Unidade de Cuidados Intensivos Coronário na visita inicial	A informação e apoio prestados por parte do enfermeiro de cuidados intensivos, englobado num acolhimento empático, é um cuidado fundamental que diminui os sentimentos manifestados face ao internamento; nomeadamente, de choque, ansiedade, e angústia. Necessidades de apoio psicológico; informação sobre os procedimentos da unidade, sobre o estado clínico do doente e mais tempo de duração da visita.
<b>A9</b> <b>Silva, A.G.</b>  <b>(2012)</b>  <b>(Outras fontes)</b>  <b>- Portugal</b>	A Pessoa em situação crítica em contexto de Cuidados Intensivos. Vivências das Famílias.	Identificar os sentimentos da família da pessoa em situação crítica numa UCI, perceber as suas necessidades e identificar as estratégias desenvolvidas pelas mesmas.	As vivências da família da pessoa em situação crítica estão associadas a sentimentos de índole positivo como a esperança e a paz, mas sobretudo a sentimentos negativos, tais como a ansiedade, o medo, a preocupação em relação ao futuro, a resignação, a saudade, o sofrimento, a solidão e a tristeza, sugerindo a necessidade de refletir na importância de se investir no envolvimento da família, assim como num cuidado mais dirigido a esta no sentido de apoiar neste processo de transição. Necessitam de confiança/disponibilidade da Equipa de Saúde.

AUTORES / ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS / CONSIDERAÇÕES
<b>A10</b> <b>Camponogara, S. et al.</b>  <b>(2013)</b> <b>(Outras fontes)</b>  <b>- Brasil.</b>	Percepções e necessidades de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.	Conhecer as percepções e necessidades dos familiares de pacientes internados em Unidade de terapia Intensiva.	Os familiares vivenciam sentimentos contraditórios em relação à UCI. Embora a vejam como um local onde permanece o medo da morte, também a sentem como um local onde se prestam bons cuidados. Sentem necessidade de interagir com a equipa multiprofissional por meio de uma comunicação afetiva. Sentem necessidade de atenção. Informação pouco clara por parte dos profissionais, nomeadamente linguagem muito técnica. Terem maior conhecimento com o que está acontecendo com o seu familiar. Mais tempo de permanência na UCI
<b>A11</b> <b>Plakas, S., et al.</b> <b>(2013)</b> <b>(CHINAL)</b>  <b>- Grécia.</b>	The meaning and importance of vigilant attendance for the relatives of intensive care unit patients.	Explorar o significado de um acompanhamento constante pelos familiares de utentes em estado crítico na Grécia.	O acompanhamento constante, foi um dos principais mecanismos de coping identificados nos Familiares. - Querem saber o que está acontecendo com o seu familiar. - Querem monitorizar as mudanças no seu ente querido e fazerem o seu próximo diagnóstico. - Sentem necessidade de interagir com os profissionais de saúde com o objetivo de ter mais informações e poderem ter visitas extras.
<b>A12</b> <b>Campos, S.</b>  <b>(2014)</b>  <b>(Outras fontes)</b>  <b>- Portugal</b>	Necessidades da Família em Cuidados Intensivos. Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory.	Traduzir, adaptar e validar o Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de Molter e Leske (1983), analisar as suas propriedades psicométricas e identificar as principais necessidades da família do doente internado na UCI	Os resultados revelaram uma validade aceitável. A análise apontou para uma estrutura de 5 dimensões, nomeadamente: participação, visitar, procura de informação, apoio emocional, recursos e sistemas de apoio. As principais necessidades da família, com um grau de importância muito elevado são: Obter respostas sinceras às questões colocadas, terem a certeza que o seu familiar tem os melhores cuidados possíveis; saberem o prognóstico do seu familiar e saber exatamente o que está a ser feito pelo familiar.

AUTORES / ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS / CONSIDERAÇÕES
<b>A13</b> <b>Jacelon, C. S., Henneman, E. A.</b>  <b>(2014)</b>  <b>(B On)</b>  <b>- Estados Unidos da América.</b>	Dignity in the older critically ill adult: The family member's perspective.	Examinar o significado e a importância relativa que os familiares dos pacientes idosos na UCI, atribuem à dignidade.	<p>A percepção das preocupações dos familiares em relação à dignidade do paciente idoso com doença crônica pode ser útil para orientar os enfermeiros na medida em que prestam cuidados em ambientes frequentemente dinâmicos e altamente técnicos. Em pacientes mais novos, os familiares sentem necessidade de saber se o seu familiar vai ficar bem e quais as possibilidades de cura. Relativamente aos pacientes mais idosos, a necessidade é de saberem se o seu familiar tem condições de dignidade no tratamento.</p> <p>Necessidade de um acolhimento personalizado por parte da equipa de enfermagem, de informação atualizada sobre o estado do seu familiar. Necessidade de estarem perto do seu ente querido e de estarem envolvidos em qualquer decisão sobre cuidados em situação terminal.</p>
<b>A14</b> <b>Fortunatti C. F. P.</b>  <b>(2014)</b>  <b>(CHINAL)</b> <b>- Chile.</b>	The most important needs of family members of critical patients based on the Critical Care Family Needs Inventory.	Identificar as necessidades mais importantes dos familiares de pacientes em situação crítica de adultos, conforme descrito na literatura, de acordo com as dimensões estabelecidas na Care Family Needs Inventory " (CCFNI).	<p>Os enfermeiros são os profissionais mais adequados para conhecer e satisfazer as necessidades familiares de pacientes críticos.</p> <p>O dar esperança à família e a comunicação sincera com os profissionais de saúde foram as necessidades mais relevantes.</p>
<b>A15</b> <b>Tastan, S., et al.</b>  <b>(2014)</b>  <b>(CHINAL)</b> <b>- Turquia</b>	Validity and reliability of Turkish version of family satisfaction in the intensive care unit.	<p>O objetivo do estudo foi testar a versão turca da "Satisfação Familiar na Unidade de Cuidados Intensivos".</p> <p>Avaliar a qualidade dos cuidados prestados em UCI.</p>	<p>É recomendado que as instituições devem tomar medidas para regular o fluxo de informação sistemático e regular, considerando as necessidades de informação dos familiares</p> <p>Os familiares sentem necessidade de informação.</p>

AUTORES / ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS / CONSIDERAÇÕES
<b>A16</b> <b>Akroutea, A. R., Bondas, T.</b> <b>(2015)</b> <b>(B On)</b> <b>Noruega.</b>	Critical care nurses and relatives of elderly patients in intensive care unit — Ambivalent interaction.	Explorar as experiências dos cuidados prestados em UCI (Critical care), em relação aos familiares de idosos com 80 anos.	Os familiares idosos são um recurso para os enfermeiros. A prática de enfermagem deve ser orientada pelas necessidades dos pacientes e dos membros da família, a fim de alcançar uma ótima realização. - Dever ser implementados horários mais flexíveis para os familiares idosos.
<b>A17</b> <b>Heyland, D. K. et al.</b> <b>(2015)</b> <b>(B On)</b> <b>- Canada.</b>	Admission of the elderly in the ICU: Family perspectives on clinical decision-making from a multicenter cohort study.	Descrever as perspectivas dos familiares sobre os cuidados prestados aos pacientes em situação crítica em idade muito avançada.	Os membros da família referiram que o mais importante para eles era que o seu familiar se sentisse confortável e que sofresse o menos possível. A crença de que a vida deve ser preservada "a todo custo" foi o que consideraram menos importante, na tomada de decisões sobre o tratamento. Usada uma comunicação mais adequada entre os profissionais de saúde e os familiares.
<b>A18</b> <b>Hildebrand, L. M. et al.</b> <b>(2015)</b> <b>(Outras fontes)</b> <b>- Brasil.</b>	A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva na voz dos Idosos.	Compreender as vivências do processo de hospitalização em uma unidade de terapia intensiva na voz de idosos e seus familiares.	A falta de informação sobre o estado de saúde dos idosos hospitalizados é o que provoca mais angústia nos familiares. Um Acolhimento adequado é um fator que auxilia a família a enfrentar a hospitalização do familiar. As relações interpessoais Profissional, Paciente e Familiar, devem ser valorizadas no ambiente de UCI, uma vez que os do último grupo encontram-se fragilizados e com inúmeras incertezas quanto ao processo de recuperação da saúde. As necessidades bio-psico-socio-espirituais da família devem ser tidas em consideração pelos enfermeiros. Informações claras.

AUTORES / ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS / CONSIDERAÇÕES
<b>A19</b> <b>Mendes, A. P.</b> <b>(2015)</b>  <b>(Outras fontes)</b> <b>- Portugal</b>	Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiencia vivida pela Família na Unidade de Cuidados Intensivos	Interpretar na experiência da família na unidade de terapia intensiva, a sensibilidade dos profissionais em relação à necessidade de informação.	A sensibilidade do profissional é fundamental. Necessitam de informação verdadeira, que seja transmitida de uma forma humanizada. O conhecimento das necessidades, reais e potenciais, da família é determinante no exercício profissional dos enfermeiros. Mais apoio no processo de Transição Saúde Doença.
<b>A20</b> <b>Jacob, M., et al</b> <b>(2016)</b>  <b>(CHINAL)</b>  <b>- Estados Unidos da América</b>	Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation.	Descrever as necessidades dos membros da família relativamente ao acolhimento numa UCI com uma política de visitação contínua, numa suite privada adjacente para esses familiares.	Os familiares sentem necessidade de informações sobre o seu familiar internado. - Necessidade de visitar o familiar. - Necessidade de lhes darem esperança. - Conversar com um médico todos os dias. - Que o melhor tratamento está sendo dado ao seu familiar.
<b>A21</b> <b>Salins, N., et al.</b>  <b>(2016)</b>  <b>(B On)</b>  <b>- India.</b>	Intensive Care Unit death and factors influencing family satisfaction of Intensive Care Unit.	Numa morte em UCI, Identificar quais os fatores que influenciam a satisfação da família com os cuidados.	A comunicação com precisão e honestidade, o ouvir ativamente usando declarações enfáticas, a consistência e clareza da informação. O apoio familiar: Sendo respeitoso, tendo compaixão. Apoio emocional e espiritual. Existência de reuniões com a família: Explicando bem o que se está a passar com o seu familiar. Tomada de decisão partilhada com os familiares. Flexibilidade no horário de visitas. Necessidade de informação pelo médico responsável sénior.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O conceito de necessidade remete para algo que se busca, que se ambiciona, algo que dá prazer e neste sentido o objetivo é evitar o desprazer (Chalifour, 2008). A mesma autora refere que o encontro com a necessidade é o ponto de partida para a interação e dá destaque à forma como cada relação/ interação dependerá da necessidade a satisfazer. As necessidades aparecem do encontro, na experiência, com o que lhes faz falta, com o que influencia o seu bem-estar ou mete em causa a comum e saudável resposta face ao que se lhe apresenta (Mendes, A. P., 2015).

Da literatura revista constatámos que quando o foco é o cliente, a ênfase tem sido dada às necessidades no sentido de défice ou às necessidades no sentido do estar da pessoa (na sua totalidade, vivido pela própria).

No momento de desenvolvimento da disciplina, mais do que as “necessidades”, qualquer que seja o conceito em que é utilizado, defende-se que se relevem os recursos da pessoa e do contexto, a identificação da transição em que se encontra e as formas de olhar a pessoa como um ser complexo e total como referem Meleis & Trangenstein (1994) ou vendo a pessoa como um ser de projeto e de cuidado como no entender de Gomes (2016), em que o fundamental é conhecer o projeto de vida e saúde da pessoa para se conseguir ir ao encontro do seu potencial de desenvolvimento promovendo o cuidado de si (Gomes, 2016).

Quanto à conceptualização do conceito de necessidades dos familiares de pessoas idosas em UCI é identificado na literatura revista como algo que lhes faz falta, como o que condiciona o seu bem-estar, mete em causa o seu quotidiano e causa insegurança e ansiedade e neste sentido, sentem necessidade de informação, de acesso e proximidade, de conforto emocional, de esperança e suporte (Karlsson, C., et al. 2011; Hildebrandt et al. 2015; Jacob et al. 2016; Salins, N., et al. 2016).

A necessidade dos familiares das pessoas idosas em UCI receberem informações é uma das mais destacadas conforme se pôde verificar nos artigos (A1, A3, A5, A7, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A18, A20, A21). Os familiares necessitam de saber de tudo o mais depressa possível de forma clara, honesta, sincera regular e atualizada. O estudo de Campos (2014) e Jacob et al. (2016), realçam a necessidade que os familiares têm de conversarem com o médico todos

os dias. O de Salins et al. (2016), fazem referência a necessidade particular de falarem com o médico sênior, porque pretendem saber qual a verdadeira situação do seu familiar e como está evoluindo (Plakas et al., 2013). Os aspetos, como os pequenos detalhes da informação, a frequência com que é atualizada e a forma como é transmitida são fundamentais para os familiares (Mendes, 2015). Vários estudos realçam esta questão referindo que a informação deveria ser clara de forma a que os familiares pudessem entendê-la visto que em muitos casos os profissionais usam linguagem técnica de difícil compreensão (Baileya, et al., 2010; Camponogara et al., 2013; Heyland. et al., 2015; Salins et al., 2016;).

A falta de informação sobre o estado de saúde dos idosos hospitalizados é apontada como um dos fatores que provoca mais angústia nos familiares (Hildebrand et al., 2015).

Neste sentido as instituições devem tomar medidas para regular o fluxo de informação de forma sistemática, pelo que aconselham a elaboração de protocolos para a transmissão da informação (Pardavila & Vivar, 2011). O mesmo autor refere que poder-se-ia inclusive, para tornar a informação mais sistematizada e de fácil compreensão, recorrer à utilização de um genograma e um ecomapa, referindo que muitas vezes os enfermeiros tem falta de informação sobre a estrutura da família e o uso destas estratégias poderia proporcionar informação sobre o papel de cada membro da família e a conexão existente entre os distintos membros e as relações com pessoas externas ao núcleo familiar.

Outro fator a que os familiares dão especial enfase é à flexibilidade no horário de visitas visto muitos dos familiares idosos terem dificuldade em deslocar-se e por vezes as horas estabelecidas nas instituições não irem ao encontro das suas reais necessidades. Daí alguns familiares referirem quer receber informações por telefone relativas ao estado de evolução do seu familiar doente (Obringer, et al., 2011).

Os familiares querem visitar os familiares doentes com regularidade e saberem o diagnóstico e o prognóstico (Karlsson et al., 2011; Pardavila & Vivar, Akroutea, 2015; Salins, 2016 Jacob et al., 2016).

A necessidade de estarem próximos do seu ente querido como referem Karlsson et al. (2011), é uma das formas de atenuar a ansiedade melhorar o seu equilíbrio emocional e foi um dos principais mecanismos de coping identificados nos familiares (Plakas et al., 2013). Porém para outros familiares o estar próximo não é o

mais o relevante, importa é que o seu familiar se sinta confortável e que sofra o menos possível (Jacob et al., 2016).

Assim a segurança e a confiança são necessidades que sobressaem da análise dos artigos nomeadamente o artigo A11, A20. Eles necessitam de respostas dadas com sinceridade o que naturalmente lhes transmite confiança.

Os familiares precisam de saber que o seu ente querido está a melhorar e que o tratamento a que está a ser sujeito é o melhor e o mais indicado (Obringer, et al., 2011; Hinklea, J. Fitzpatric, E., 2011; Jacob et al., 2016;). Os estudos também evidenciaram que os familiares das pessoas idosas doentes em UCI precisam que lhes seja dada esperança (Chatzaki et al.,2010. Fortunatti, 2014; Jacob et al., 2016;). E neste contexto, os enfermeiros tem que ter capacidade para adotar as estratégias mais adequadas com vista a um suporte emocional, baseado numa esperança realista (Chatzaki et al.,2010; Fortunatti, 2014; Jacob et al., 2016;).

A partilha e envolvimento na tomada de decisão foi outra necessidade que se constatou, quer ao nível do tratamento de qualquer decisão sobre cuidados em situação terminal também (Jacelon, 2014,Heyland et al., 2015; Salins et al., 2016). Assim o acolhimento personalizado é uma necessidade que se realça da análise dos artigos A1, A3, A5, A7, A9, A10, A13, A16, A17, A18, A19. As competências comunicacionais dos enfermeiros são fundamentais, estes deverão utilizar uma comunicação com precisão e honestidade e ouvir ativamente usando declarações enfáticas (A3, A7, A8, A14, A18, A21). Deverão ter em consideração neste contexto a possibilidade de facultar horários flexíveis aos familiares indo ao encontro das suas reais necessidades. (A3, A5; A16, A17).

A existência de recursos e sistemas de apoio, foi uma necessidade que sobressaiu da análise dos artigos A8, A14. Os autores do estudo referem que os familiares mais idosos e com nível económico inferior necessitam de ser redirecionados para outros profissionais de saúde, nomeadamente para a Assistente Social. Ao nível do ambiente físico, a existência de salas de espera com conforto também é mencionada como importante para alguns familiares (Karlsson et al., 2011).

Dos resultados encontrados percebemos que as necessidades dos familiares dos doentes idosos em UCI são de ordem bio-psico-socio-espirituais (Hildebrand, et al. 2015; Salins, et al. 2016,).



As necessidades dos familiares de pessoas idosas em UCI são de uma forma geral idênticas às dos familiares de pessoas não idosas, sendo a necessidade de informação uma das mais realçadas. Contudo identificamos alguns estudos que diferenciaram algumas características das necessidades dos familiares de pessoas idosas relativamente a familiares de adultos, nomeadamente o artigo A13, que referia que em pacientes mais novos, os familiares sentem necessidade de saber se o seu familiar vai ficar bem e quais as possibilidades de cura enquanto que, relativamente aos pacientes mais idosos, a necessidade é de saberem se o seu familiar tem condições de dignidade no tratamento prestado. A crença de que a vida deve ser preservada “a todo custo” foi o que consideraram menos importante, na tomada de decisões sobre o tratamento (Heyland, D. K. et al. 2015).

Os familiares dão bastante importância à atitude do pessoal de saúde para manter a dignidade do familiar internado (Jacelon, 2014).

A comunicação deve ser mais adaptada quando o familiar é idoso, visto muitas vezes esses familiares terem idade avançada e dificuldade na perceção da informação recebida (Heyland, D. K. et al. 2015).

Os familiares de pessoas idosas, que muitas vezes também são idosos, sentem necessidade de horários mais flexíveis para visitarem o seu ente querido em virtude de muitas vezes terem dificuldade em deslocar-se (Akroutea, A. R., Bondas, T. 2015; Salins et al. 2016).

Num estudo elaborado na Noruega em 2011, constatou-se relativamente à idade dos visitantes, que os grupos etários mais jovens, consideravam a necessidade de conforto, informação, proximidade e garantia mais importantes do que os visitantes mais velhos. Estes por sua vez, consideravam as necessidades de suporte mais importantes (Høghauga, G., Fagermoenb, M. S., Lerdal, A., 2011). Estes dados contraditórios segundo os autores do estudo poderiam dever-se ao facto de os profissionais de saúde poderem ser mais sensíveis às necessidades das pessoas mais velhas e que elas tinham consciência disso. Poderia ser também porque os profissionais de saúde poderiam dar menos atenção às pessoas mais jovens por estas serem autónomas. Outra explicação que deram foi que os visitantes mais jovens seriam mais vulneráveis e que nesse sentido solocitariam mais informações. Importa também fazer a leitura destes dados tendo em conta o contexto em que o estudo foi realizado.

## CONCLUSÕES

A presente pesquisa teve como objetivo explorar o estado atual do conhecimento científico relacionado com as necessidades dos familiares cuidadores de pessoas idosas em contexto de UCI, e desenvolver um mapa conceptual sobre as necessidades dos mesmos em UCI, e identificar as estratégias utilizadas na prática clínica para ir ao encontro das necessidades dos familiares vendo-os como parceiros de cuidados.

A necessidade de informação destaca-se como a mais importante que os familiares de pessoas Idosas verbalizam em contexto de UCI. A transmissão de informações e o esclarecimento de dúvidas relativo ao quadro clínico do doente deve ser uma prática comum na equipa de saúde, pois está é determinante para a diminuição da ansiedade dos familiares de pessoa idosas, visto se ter verificado que estes familiares consideram muito importante falar com o médico sobre a evolução do estado de saúde do seu familiar.

Seria importante que pelo facto de existir uma interação frequente com a família por parte da equipa de enfermagem e pela sua visão holística da pessoa, que fossem os enfermeiros os profissionais mais adequados para conhecer e satisfazer as necessidades familiares de pessoas idosas em contexto de UCI., o que nem sempre acontece de acordo com os estudos analisados. Mendes (2015) refere inclusive no seu estudo sobre a informação a dar aos familiares em UCI que o conteúdo da informação transmitido pelos enfermeiros é demasiado conciso e escasso. A razão que dá para esta situação tem a ver com a necessidade de se protegerem do ponto de vista emocional e de sentirem que determinadas informações não são do seu domínio profissional.

Destaca-se a necessidade de uma comunicação perceptível e clara entre os profissionais de saúde e os familiares de pessoas idosas que muitas vezes também são idosos, dado ao envelhecimento da população, visto estes terem dificuldade em compreender o que os profissionais de saúde tentam transmitir.

Devem ser implementados horários mais flexíveis para os familiares idosos visto os horários praticados nas instituições não irem muitas vezes de encontro às suas reais necessidades.

O conhecimento das necessidades, reais e potenciais, da família é determinante no exercício profissional dos enfermeiros e neste contexto também as necessidades bio-psico-socio-espirituais da família, devem ser tidas em consideração (Hildebrand, et al., 2015). A família ao receber apoio e assistência por parte da equipa de saúde, irá sentir-se mais segura para vivenciar e enfrentar o internamento na UCI, como também se sentirá mais confiante no processo de recuperação do seu familiar.

As relações interpessoais, profissional, doente e familiar de pessoas idosas, devem ser valorizadas no ambiente de UCI, uma vez que estes se encontram fragilizados e com inúmeras incertezas quanto ao processo de recuperação da saúde e nesse sentido é essencial um acolhimento personalizado.

Na perspetiva do bem-estar da pessoa idosa e seus familiares proporcionado pelos profissionais de saúde e instituições hospitalares é fundamental dar ênfase a um acolhimento personalizado que vá ao encontro das verdadeiras necessidades desses mesmos atores e estabelecer-se um verdadeiro processo de Parceria.

Constatámos que existem poucos estudos que incidem diretamente sobre as necessidades dos familiares de pessoas idosas e os estudos que encontrámos apesar de incluírem essa população, nem sempre essa era a faixa etária com maior percentagem.

O estudo realizado poderá estimular mais investigação no âmbito das necessidades dos familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI e das estratégias desenvolvidas para responder às mesmas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akroutea, A. R., Bondasa, T. (2015). Critical care nurses and elderly relatives in ICU - Ambivalent interaction. ScienceDirect. Elsevier. Noruega.
- Bailey, J. J., Sabbagh M., Loiselle C. G., Boileaug J., McVeyh L. (2010). Support to families in the ICU: Descriptive correlational study of information support, anxiety and satisfaction with care. Intensive and Critical Care Nursing. Canada. Acedido em 16-09-2016. Disponível em: [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(09\)00125-6/pdf](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(09)00125-6/pdf)
- Camponogara, S., Santos, T., Rodrigues, I, Frota, L., Amaro, D. & Turra, M. (2013). Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit. *Journal of Research Fundamental Care On Line*, 5 (4), pp. 622-634. Acedido em 3-01-2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2309>
- Campos, S. (2014). Necessidades da Família em Cuidados Intensivos. Dissertação de Mestrado da Universidade do Porto. Acedido em 16-05-2016. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=604336](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=604336)
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Lusodidacta.
- Chatzaki, M., Klimathianaki, M., Anastasaki, M. , Chatzakis, G., Apostolakou, E. and Georgopoulos, D. (2010). Defining the needs of family members of patients hospitalized in an ICU of a rural Greek region. A prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*. Grécia.
- Dicionário infopédia. (2016). Língua Portuguesa. Acedido em 15-04-2017. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/necessidade>
- Fortunatti, C. F. P. (2014). Most. Important needs of family members of critical patients in light of Critical Care Family Needs Inventory. Acedido a 20/06/2016 Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Gomes, I. (2009). Cuidado de Si. A natureza da parceria entre o enfermeiro eo doente idoso no domicílio. Tese apresentada a Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor. Instituto de Ciências da Saúde

de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 6/05/2016.  
Disponível em:

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3800/4/Tese%20PhD%20Enfermagem%20Idalina%20Gomes.pdf>

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 77-113). Loures: Lusociência.

Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Hashima, F., Hussinb, R. (2012). Family Needs of Patients Admitted to an Intensive Care Unit in a Public Hospital. Sciverse sciencedirect. Malasia

Henderson, Virginia, A. (1994). La naturareza de la enfermeira. Reflexiones 25 anos después. McGraw-Hill. Acedido em 15-04-2017. Disponível em:

<http://bvs.sld.cu/revistas/Enfermeria/Enfermeria1.pdf>

Heyland, D. K. ; Mehta P. D., Deborah S. C., Garland, A., Stelfox, H. T., Bagshaw, S. M., Kutsogiannis, D. J., Burns, K., Muscedere, J., Turgeon, A. F., Fowler, R., Jiang, X., Day, G. A. (2015). Admission of the elderly in the ICU: Family perspectives on clinical decision making from a multicenter cohort study. Palliative Medicine. Sage Publications. Canada.

Hildebrandt, L. M., Pinno, C. Muller, L. A., Silva, L.A.A., Schons, V. F., Leite, M. T. (2015). A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva na voz de Idosos e Familiares. Acedido em 4-07-16. Disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060>

Hinklea, J. L., Fitzpatric, E. k. (2011). Needs of family members of American patients in intensive care: Perceptions of family members, doctors and nurses. ScienceDirect. Elsevier. Estados Unidos da América.

Høghauga, G., Fagermoenb, M. S., Lerdal, A. (2011). The visitor's regard of their need for support, comfort, information proximity and assurance in the intensive care unit. Elsevier Ltd. Sciencedirect.com. Intensive and Critical Care Nursing. Noruega.

- Jacelon, C. S., Henneman, E. A. (2014). Dignity in the seriously ill elderly person: The family. Heart & Lung, ELSEVIER. Estados Unidos da América.
- Jacob, M Horton, C., Rance, S. -Ashley, S. R., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J. Frobos, C. (2016). Needs of relatives of patients in an intensive care unit with continuous visits. American Journal Off Critical Care. Estados Unidos da América.
- Karlsson, C., Tisell, A., Engström, A., Andershed, B. (2011). Satisfaction of critical care family members: a pilot study. British Association of Critical Care Nurses. Suécia.
- Kérouac, S., Pepin, Jacinthe, Ducharme, Francine (2010). – La pensée infirmière: conceptions et stratégies. 3º ed. Laval, Maloine.
- Leske, J. (1986). Needs of relatives of critical care patients: A follow up. Heart & Lung, 15.
- Leite, K., Martins, K., Costa, K., Rezende, L. (2013). Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de Familiares Idosos. Brasil. Acedido em 14-07-16. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao\\_oral\\_idin\\_scrito\\_117766fc5fb423427e330ba7a5f235aa.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idin_scrito_117766fc5fb423427e330ba7a5f235aa.pdf)
- Martins, J. & Nascimento, P. (2005). Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. Artº Catarinenses de Medicina. Acedido em 4-07-2016. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/284.pdf>
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. Intensive and Critical Care Nursing, 26.
- Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994). – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook, 42; 6 (Nov/Dec), 255-259.
- Meleis, A. (2007). Theoretical Nursing: Development & Progress; 4 Ed. United States of America: Lippincott Company.
- Mendes, A. (2015). A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos. Desalojar o Desassossego que Vive em Si. Loures: Lusodidacta.

- Mendes, A. P. (2015). Sensibilidade dos profissionais com as necessidades de informação: Experiência da Família na Unidade de Cuidados Intensivos. ScieloBrasil. Acedido em 10-03-2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100303&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100303&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.*;151(4):264-9.
- Obringer, K., Hilgenberg, C.I and Booker, K. (2011). Needs of adult relatives of patients in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. Midwest, USA.
- Oliveira, E. M. R. N. 2012. O Primeiro Contacto da Família com a UCI. Relatório Final. 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Portugal  
Acedido a 24/09/2016. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1804/1/OLIVEIRA%20Elina%20Maria%20Ribeiro%20Nunes%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Pardavila, B., M. & Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), p.51-67.
- Plakas, S., Take, A., Cant, B., Fouka, G. and Vardaki, Z. 2013. The meaning and importance of vigilant care for the relatives of patients in intensive care units. *British Association of Critical Care Nurses*. Grécia.
- Phaneuf, Margot. (2001). Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado. Quarteto. Coimbra.
- Rosa, C. J., Basto, L. M. (2009).Necessidade e Necessidades. Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem* Vol. 13 N.º 1 1º. Acedido em 16-05-2016. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_1\\_13-23\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23(1).pdf)
- Salins, N., Deodhar, J., Muckaden, M. A. (2016). Death in the Intensive Care Unit and factors that influence the satisfaction of family members with care in an ICU. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. India.

- Silva, A.G. (2012). A Pessoa em situação crítica em contexto de Cuidados Intensivos. Vivências das Famílias. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Portugal. Acedido em 4-07-2016. Disponível em:  
[http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1200/1/Anabela\\_Silva.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1200/1/Anabela_Silva.pdf)
- Tastan, S., Iyigun, E., Ayhan, H., Kılıckaya, O., Yılmaz, A. A., Kurt, E. (2014). Validity and reliability of the Turkish version of family satisfaction in the Intensive Care Unit. International Journal of Nursing Practice. Turquia
- The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2015 edition/ Supplement. South Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a: 18/04/2016. Disponível em:  
[http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers- Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers- Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Watson J. (1999). Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de Enfermagem. Loures (PT): Lusociência.



**APENDICE II - Instrumentos de Avaliação Multidimensional à  
Pessoa Idosa**

## Instrumentos de avaliação multidimensional da Pessoa Idosa

As pessoas idosas deparam-se com uma multiplicidade de diagnósticos de saúde, nos quais os aspetos: físicos, mentais e sociais se evidenciam e estão fortemente interligados. Neste contexto, consideramos que a utilização de medidas de avaliação multidimensionais é a forma mais apropriada para a avaliação da população idosa (Rodrigues, 2008).

Durante o estágio inicial, para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e seus familiares, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os instrumentos disponíveis para a avaliação multidimensional da pessoa idosa.

A utilização dos instrumentos de avaliação multidimensional pressupõe um rigor diagnóstico, e por outro lado, que os mesmos, tenham sido validados para a população portuguesa (Sequeira, 2010). Tendo em conta esta preocupação de rigor científico necessário no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, seleccionámos os instrumentos de avaliação geriátrica disponibilizados pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI, s/d).

Nomeadamente, para avaliação dos seguintes estados na pessoa idosa:

- **Cognitivo** através da *Mini-Mental State Examination (MMSE)* de Folstein;
- **Funcional**: Marcha através da Classificação Funcional da Marcha de Holden; Atividades instrumentais de vida diárias, através do *Escala de Lawton & Brody*;
- **Afetivo** através da *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage* – versão curta;
- **Nutricional**, recorrendo a *Mini-Nutritional Assessment*.

Para além das preconizadas pelo GERMI (s/d), sentimos necessidade de recorrer a outras fontes para complementar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, designadamente:

- Atividades Básicas de vida diárias, através do Índice de *Barthel*;
- Risco de queda, utilizando a Escala *de Morse*;
- Risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, recorrendo à Escala de Braden;
- Funcionamento familiar, através da escala de *Apgar Familiar*;
- Escala de Dor, utilizando na sua autoavaliação através das Escala Numérica. Escala Qualitativa e em pessoas idosas com demência utilizámos a PAINAD.
- Índice de satisfação do prestador de cuidados (CASI).
- Índice de avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI).
- Índice de avaliação das estratégias de coping do cuidador (CAMI).

Nomeamos as fontes bibliográficas de cada escala, durante a elaboração das respetivas avaliações.

## 1. Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_ Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_ Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_ Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_ Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_ Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 \_ 24 \_ 21 \_ 18 \_ 15 \_

### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. \_\_\_\_\_

### 6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. \_\_\_\_\_



**TOTAL**(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

## Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em:

[http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

## 2. Classificação funcional da marcha de Holden (Marcha)

Esta escala que determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas).

Categoria	Descrição
<b>0</b> <b>Marcha ineficaz</b>	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
<b>1</b> <b>Marcha dependente</b> <b>Nível II</b>	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
<b>2</b> <b>Marcha dependente</b> <b>Nível I</b>	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
<b>3</b> <b>Marcha dependente com</b> <b>supervisão</b>	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
<b>4</b> <b>Marcha independente</b> <b>(superfície plana)</b>	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
<b>5</b> <b>Marcha independente</b>	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

**Nota:** assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

### Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em:

[http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

### **3.Índice de Barthel (Avaliação atividades básicas de vida)**

O Índice de Barthel foi desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965, é um instrumento utilizado para avaliar a capacidade funcional para a realização de Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD). Permite avaliar o nível de independência dos indivíduos para a realização de dez atividades básicas de vida, nomeadamente: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Na prática clínica, o Índice de Barthel fornece informação importante, não só a partir da pontuação total, como também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, permitindo conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e ajudar a promover os cuidados centrados nas necessidades reais da pessoa idosa.

A versão apresentada do Índice de Barthel foi desenvolvida por Wade e Collin, em 1988, tendo sido traduzida e validada para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto (2007).

A pontuação da escala varia entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente):

- ☐ 0-8: Total Dependência
- ☐ 9-12: Dependência Grave
- ☐ 13-19: Dependência Moderada
- ☐ 20: Independência Total

### 3.Índice de Barthel (Avaliação atividades básicas de vida)

ÍNDICE DE BARTHEL	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
<b>QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL:</b> (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
<b>QUANTO A TOMAR BANHO:</b> (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
<b>QUANTO A VESTIR-SE:</b> (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
<b>QUANTO A ALIMENTAR-SE:</b> (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confeccionada, consegue comer sozinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
<b>QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO:</b> (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.				
<b>QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS:</b> (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
<b>QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE:</b> (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andalinho, canadiana,...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
<b>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL:</b> (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.				
<b>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA:</b> (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.				
<b>QUANTO A IR À CASA DE BANHO:</b> (2) não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.				
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>				
<b>GRAU DE DEPENDÊNCIA</b>				
<b>ASSINATURA DO ENFERMEIRO</b>				

Total dependência (0-8) Dependência Grave (9-12) Dependência Moderada (13-19) Independência Total (20)

#### Referência Bibliográfica:

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25 (2), 59-65.

#### **4.Índice de Lawton & Brody (Avaliação atividades instrumentais de vida diária)**

O Índice de Lawton & Brody é uma escala utilizada para avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, e são chamadas de Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD): utilização do telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização meio de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário direto à pessoa idosa, familiares ou cuidadores. O tempo de aplicação é de 5 minutos.

A pessoa idosa é classificada de acordo com o nível de dependência para cada AIVD: dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). Cada AIVD tem diferentes níveis dependência. Salienta-se que a avaliação realizada a pessoas idosas do sexo masculino não é considerada as pontuações resultantes das seguintes AIVD: preparação refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

A pontuação final resulta da soma da pontuação das AIVD. Corresponde ao número de AIVD em que a pessoa idosa é dependente. A classificação é-nos dada de acordo com o seguinte quadro:

<b>Mulher</b>		<b>Homem</b>
<b>0-1</b>	<b>Dependência total</b>	<b>0</b>
<b>2-3</b>	<b>Dependência grave</b>	<b>1</b>
<b>4-5</b>	<b>Dependência moderada</b>	<b>2-3</b>
<b>6-7</b>	<b>Dependência ligeira</b>	<b>4</b>
<b>8</b>	<b>Independente</b>	<b>5</b>



### 1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- ☐ Utiliza o telefone por iniciativa própria
- ☐ É capaz de marcar bem alguns números familiares
- ☐ É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- ☐ Não é capaz de usar o telefone

### 2- FAZER COMPRAS

- ☐ Realiza todas as compras necessárias independentemente
- ☐ Realiza independentemente pequenas compras
- ☐ Precisa de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- ☐ É totalmente incapaz de comprar

### 3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- ☐ Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- ☐ Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- ☐ Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- ☐ Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

### 4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- ☐ Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- ☐ Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- ☐ Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- ☐ Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ Não participa em nenhuma tarefa doméstica

### 5- LAVAGEM DA ROUPA

- ☐ Lava sozinho toda a sua roupa
- ☐ Lava sozinho pequenas peças de roupa
- ☐ A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

### 6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☐ Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- ☐ É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- ☐ Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- ☐ Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- ☐ Não viaja

### 7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- ☐ É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- ☐ Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- ☐ Não é capaz de administrar a sua medicação

### 8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- ☐ Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- ☐ Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- ☐ Incapaz de manusear o dinheiro

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

## 5. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage –versão curta

Esta escala tem por objetivo o rastreio da depressão, e avaliar as dimensões cognitivas e comportamentais geralmente afetados na depressão da pessoa idosa. A informação é obtida por questionário direto à pessoa idosa.

Este instrumento tem 15 perguntas com resposta de Sim ou Não, em que as respostas sugestivas de depressão correspondem a um ponto. Tem como tempo de previsto de aplicação seis minutos.

A pontuação final resulta da soma das pontuações das 15 perguntas, e enquadra-se numa das três categorias, apresentadas no quadro que se segue:

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Fonte: GERMI(s/d)

## 5. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

### Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

## **6. Escala para avaliação do estado nutricional – Mini Nutritional Assessment**

A Mini Nutritional Assessment possibilita a detecção da presença ou o risco de malnutrição na pessoa idosa, sem recurso a parâmetros analíticos.

A informação é obtida através do questionário direto à pessoa idosa ou a familiares/cuidadores (excluindo as questões sobre a auto percepção).

A primeira parte (Triagem) é constituída por 6 questões. Salientamos que caso não seja possível determinar o índice da massa corporal (por exemplo, em pessoas idosas acamadas) pode-se em alternativa usar o perímetro da perna (PP):



- Se  $PP < 31$  cm corresponde a 0 pontos;
- Se  $PP \geq 31$  cm corresponde a 3 pontos.

Se a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de malnutrição realiza-se a segunda parte do questionário (Avaliação Global), onde se aprofunda a avaliação através de 12 questões adicionais. A cada questão é atribuída uma pontuação, cuja soma permite identificar 3 categorias:

- Estado nutricional normal,
- Sob risco de malnutrição,
- Malnutrição.

Estima-se um tempo de aplicação da escala de 5 minutos para a triagem e de 10 minutos para a avaliação global.

## 6. Mini Nutritional Assessment

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

### Triagem

**A** Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingestão  
1 = diminuição moderada da ingestão  
2 = sem diminuição da ingestão

☐

**B** Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre um e três quilos  
3 = sem perda de peso

☐

**C** Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa  
2 = normal

☐

**D** Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim      2 = não

☐

**E** Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves  
1 = demência ligeira  
2 = sem problemas psicológicos

☐

**F** Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura[m]<sup>2</sup>)

0 = IMC < 19  
1 = 19 - 20,9  
2 = 21 - 22,9  
3 = IMC ≥ 23

☐

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal  
8-11 pontos: sob risco de desnutrição  
0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R.

### Avaliação global

**G** O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)?

1 = sim      0 = não

☐

**H** Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim      1 = não

☐

**I** Lesões de pele ou escaras?

0 = sim      1 = não

☐

**J** Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição  
1 = duas refeições  
2 = três refeições

☐

**K** O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☐
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»  
0.5 = duas respostas «sim»  
1.0 = três respostas «sim»

☐☐

**L** O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não      1 = sim

☐

**M** Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos  
0.5 = três a cinco copos  
1.0 = mais de cinco copos

☐☐

**N** Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade  
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

☐

**O** O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido  
1 = não sabe dizer  
2 = acredita não ter um problema nutricional

☐

**P** Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior  
0.5 = não sabe  
1.0 = igual  
2.0 = melhor

☐☐

**Q** Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21  
0.5 = 21 - 22,9  
1.0 = PB ≥ 23

☐☐

**R** Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31  
1 = PP ≥ 31

☐

Avaliação global (máximo 18 pontos) ☐☐☐

Pontuação da triagem ☐☐☐

Pontuação total (máximo 30 pontos) ☐☐☐

**Avaliação do Estado Nutricional**

de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

Referências:  
1. Vellas B, Vellas H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-468.  
2. Rubenstein LZ, Haider JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Developing the Short Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.  
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA): Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-467.  
© Nestlé, 1994, Revisão 2009. N67200 1399 10M  
Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

## 7. Escala para avaliação risco de queda – Escala Morse

A escala de Morse é um instrumento para a avaliação do risco de queda. Contempla seis parâmetros: história de quedas nos últimos três meses, existência de diagnóstico secundário, necessidade de ajuda na mobilização, terapêutica endovenosa, características da marcha e estado mental.

A avaliação do risco de queda é realizada nas primeiras 24 horas, aquando do internamento. A reavaliação do risco é efetuada com uma periodicidade máxima de 7 em 7 dias ou sempre que a situação clínica da pessoa idosa o justifique (por exemplo a ocorrência de uma queda) e no momento da alta.

A pontuação mínima é de 0 pontos e a máxima de 125 pontos. A soma dos vários parâmetros define o nível de risco de queda da pessoa, de acordo com a seguinte escala:

- 0 a 24 – Baixo Risco
- 25 a 50 – Médio Risco
- Superior ou igual a 51 – Elevado Risco

Parâmetros		Capítulos	Data Avaliação				
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0					
	Sim	25					
2. Diagnóstico Secundário	Não	0					
	Sim	15					
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma Acamado Repouso no leito	0					
	Bengala Andarilho Canadiana	15					
4. Terapêutica Endovenosa	Não	0					
	Sim	20					
5. Marcha	Normal Acamado Cadeira de Rodas	0					
	Lenta	10					
	Alterada Cambaleante	20					
6. Estado Mental	Orientado	0					
	Desorientado	15					
	Confuso						
	Pontuação						
Assinatura							

Referência bibliográfica:

Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment tools.

Revista de Enfermagem Referência, Série IV (2), 153-161. Acedido a 10-11-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>

## 8. Escala para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Escala de Braden

A Escala de Braden tem o intuito de avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Está recomendada a sua utilização numa orientação da DGS (2011).

Este instrumento contempla seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento. A pontuação total varia entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), sendo que quanto maior for a pontuação, menor é o risco e vice-versa.

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia de acordo com a seguinte cotação:

- Superior ou igual a 17 – Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
- Inferior ou igual a 16 – Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Está preconizado que a escala deve ser aplicada no momento da admissão do doente aos cuidados, em meio hospitalar ou em meio domiciliário, e a reavaliação obedecer às orientações indicadas:

Está preconizado que a escala deve ser aplicada no momento da admissão do doente aos cuidados, em meio hospitalar ou em meio domiciliário, e a reavaliação obedecer às orientações indicadas:

**Periodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a utilização da Escala de Braden (versão adulto) e Braden Q (versão pediátrica)**

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos	Cuidados Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência



## 8. Escala de Braden

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se rebela nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiente sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É detestada a humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
<b>Fricção e forças de deslize</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		

### Referência Bibliográfica:

DGS (2011). Escala de *Braden*: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.



## 9. Escala para avaliação do funcionamento familiar- Apgar Familiar

A escala de Apgar<sup>15</sup> Familiar baseada em Smilkstein permite a avaliação do funcionamento da família através da satisfação expressa pelos seus membros. Foi traduzida e validada para português por Agostinho & Rebelo (1988). Devem ser comparados diferentes scores para se avaliar o estado funcional da família.

No seu preenchimento deverão ser atribuídos 2 pontos para "Quase sempre", 1 ponto para "Às vezes", e 0 pontos para "Raramente". Os pontos para cada uma das cinco questões são totalizados e sugerem que:

- Família altamente funcional: entre 7 a 10;
- Família moderadamente disfuncional: entre 4 a 6;
- Família severamente disfuncional; entre 0 a 3.

---

<sup>15</sup> APGAR é um acrónimo proveniente da língua inglesa, que tem o seguinte significado:

- **Adaptação** (Adaptation): refere-se ao modo como os recursos são partilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida;
- **Participação** (Partnership): diz respeito ao modo como as decisões são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas;
- **Crescimento** (Growth): está relacionado com a forma como a promoção do crescimento é partilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento;
- **Afeição** (Affection): refere-se a como as experiências emocionais são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar;
- **Resolução** (Resolution): pretende identificar como o tempo é partilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros.

## 9. Escala para avaliação do funcionamento familiar- Apgar Familiar

	Quase Sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.			
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos.			

Referência bibliográfica:

Agostinho, M., Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 5 (32), 18-21.

## 10.Dor - Escalas de autoavaliação intensidade da dor

### Escalas de autoavaliação intensidade da dor

A DGS (2003), reconhece a importância da avaliação da Dor, equiparando-a ao 5º Sinal Vital. Reconhece que a avaliação da intensidade da dor deve ser realizada regularmente recorrendo sempre que for possível à avaliação pela própria pessoa.

Apresentamos de seguida alguns instrumentos para a avaliação da dor:

- Escala Numérica

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. Solicita-se à pessoa idosa que classifique a sua dor, sendo que “0” é estar sem dor, e “10” a dor máxima.

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

- Escala Qualitativa

Apresenta diferentes adjetivos para caraterizar a intensidade da dor, a pessoa escolhe aquele que melhor classifica a sua dor.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

### Referência bibliográfica:

DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho 2003. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

## 11. Avaliação da Dor - Escalas de heteroavaliação DOLOPLUS 2

As escalas de heteroavaliação são utilizadas quando a pessoa idosa apresenta problemas cognitivos que impedem a verbalização e a autoavaliação da dor.

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO ..... NOME PRÓPRIO .....		DATA: .....			
SERVIÇO .....		Observação comportamental: .....			
<b>REPERCUSSÃO SOMÁTICA</b>					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (zona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
<b>REPERCUSSÃO PSICOMOTORA</b>					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difícil e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossível; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
<b>REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL</b>					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (reuniões, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3

COPYRIGHT

Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hirondina Guarda

## 12. Avaliação da Dor - Escalas de heteroavaliação PAINAD

A escala PAINAD é um instrumento de avaliação da intensidade da dor por outros que não a pessoa idosa. Está indicado para ser utilizado em pessoas idosas ou pessoas com alterações cognitivas ou demência.

TABELA 2 – Versão Portuguesa da escala PAINAD (PAINAD-PT)

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stok.	
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
	Relaxada.	0
Linguagem corporal	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

### Referência Bibliográfica:

Batalha, L. M. C., Duarte, C. I. A., Rosário, R. A. F., Costa, M. F. S. P., Pereira, V. J. R. & Morgado, T. M. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*. *Revista Referência*, III série, 8. 7-16. Acedido a 20-01-2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt\\_0080-6234-reeusp-48-03-462.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-462.pdf)

DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de Dezembro. Acedido a 20-01-2017. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/?cr=16947>

Guarda, H. (2007). Avaliação da dor na pessoa idosa não-comunicante verbalmente – Escala Doloplus 2. *Revista Dor*, 15, 41-47. Acedido a 20-01-2017. Disponível em:

[http://www.aped-dor.org/images/revista\\_dor/pdf/2007/n1.pdf](http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007/n1.pdf)

### 13. Índice de satisfação do prestador de cuidados (CASI)

(Outras escalas a utilizar para o Cuidador)

Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)					
O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal <b>X</b> no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.					
Nº	Prestar cuidados pode dar satisfação porque:	Não Acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e dá-me:		
			Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
1	Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades				
2	A pessoa de quem cuido aprecia o que faço				
3	O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido				
4	É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido				
5	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades				
6	Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido				
7	Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz				
8	Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa				
9	É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada				
10	Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever				
11	Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros				
12	Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem				
13	É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas				
14	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido				
15	Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém				
16	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa				
17	É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero				
18	Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade				
19	Ajuda a evitar que me sinta culpado				
20	Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar				
21	Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim				
22	Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas				
23	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos				

24	É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido				
25	Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer as dificuldades				
26	Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé				
27	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes				
28	No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível				
29	Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato				
30	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado				

Se há outros aspectos da prestação de cuidados que lhe dão satisfação, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dá:

		Isto acontece no meu caso e dá-me:		
Nº	PRESTAR CUIDADOS PODE DAR SATISFAÇÃO PORQUE:	Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação

Referência Bibliográfica:

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora



**14. Índice de avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)**  
**(Outras escalas a utilizar para o Cuidador)**

1.1 <i>Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)</i>					
1.2 <i>O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal <b>X</b> no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.</i>					
Nº	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas"/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem feita dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				



28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

Se entender que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam

		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
	PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

Referência Bibliográfica:

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora

**15. Índice de avaliação das estratégias de coping do cuidador (CAMI)**  
**(Outras escalas a utilizar para o Cuidador)**

*Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.*

		Não proce- do desta forma	Faço assim e acho que:		
	Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não da resulta- do	Da algum resulta- do	Dá bastan- te bom resulta- do
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo				
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio				
5	Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer				
6	Ver o lado cómico da situação				
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8	Cerrar os dentes e continuar				
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12	Viver um dia de cada vez				
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19	Chorar um bocado				
20	Aceitar a situação tal como ela é				
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				

25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

N.º	UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO CUIDAR DESTA PESSOA, É:	Faço assim e penso que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

Referência Bibliográfica:

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M., Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5 (32), 18-21.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-65.
- Azevedo et al (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor*, 15, 6-56.
- Batalha, L. M. C., Duarte, C. I. A., Rosário, R. A. F., Costa, M. F. S. P., Pereira, V. J. R. & Morgado, T. M. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista Referência*, III série, 8. 7-16.
- Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment tools. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (2), 153-161. Acedido a 10-11-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>
- DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho 2003. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 20-11-2016. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de Dezembro. Acedido a 20-11-2016. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=16947>
- GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)
- Guarda, H. (2007). Avaliação da dor na pessoa idosa não-comunicante verbalmente Escala Doloplus 2. *Revista Dor*, 15, 41-47.
- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica*, 23

(2), 109-15. Acedido: 21-01-2017. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v23n2/06.pdf>

- Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

**APÊNDICE III – Guião do processo de Parceria à Pessoa Idosa e  
seus Familiares**

**Guião do processo de parceria à Pessoa Idosa e seus Familiares  
em contexto de UCI.** Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013)

<b>REVELAR-SE (Fase 1)</b>	
<b>DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA</b>	
O enfermeiro cumprimenta a pessoa idosa.	
O enfermeiro apresenta-se (nome, categoria profissional).	
O enfermeiro explica o que vai fazer (objetivo da avaliação inicial em conjunto com a avaliação médica).	
O enfermeiro promove a afetividade (demonstra afecto, amabilidade, simpatia, delicadeza).	
O enfermeiro promove a um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade, empatia, escuta ativa, encorajamento à expressão de sentimentos, manifestação de segurança, confiança, atitudes congruentes e consistentes).	
<b>CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA</b>	
Nome	
Nome pelo qual gosta de ser tratado	
Sexo	
Biótipo	
Idade	
Nacionalidade/ Naturalidade	
Habilitações literárias	
Contacto telefónico	
Atividade profissional (atual e anterior)	
Estado civil	
Religião e espiritualidade	
<b>CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA</b>	
Agregado familiar (com quem vive)	
Pessoa de referência (nome, parentesco, contacto telefónico).	
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio)	
Condições habitacionais/tipo de casa, salubridade, se é própria	

ou alugada).	
Situação económica (se existem dificuldades, de que tipo).	
Atividades lazer/ Projeto de vida (ocupação dos tempos livres, o que deseja para si).	
Hábitos de vida/ comportamentos aditivos.	
Rede de apoio /médico de família, apoio social, centro de dia, cuidador familiar).	
Experiencias anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual (internamentos anteriores).	
<b>CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA</b>	
Diagnóstico provisório	
Referenciação (Instituição, especialidade nome do clinico).	
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico. (Compreende? E aceita?).	
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico. (compreende? E aceita?)	
O cuidador familiar tem conhecimento do diagnóstico. (compreende? E aceita?).	
O Cuidador familiar tem conhecimento de prognóstico (compreende? E aceita?).	
Antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos.	
Medicação habitual no domicílio.	
Responsabilidade de gestão terapêutica (quem, em quê, porquê, problemas de adesão).	
<b>CONHECER A HISTÓRIA DA DIABETES DA PESSOA IDOSA</b>	
Que tipo de diabetes	
Há quanto tempo	
Se está controlada	
Que tipo de medicação faz	
Se faz insulina e que tipo de insulina	
Sabe trabalhar com a máquina de avaliação de glicémia	
Faz registo das avaliações em folha própria	



Sabe usar as lancetas para retirar uma gota de sangue e tem em atenção os cuidados de assepsia.	
Sabe usar a caneta para administração de insulina	
<b>CONHECER A HISTÓRIA DA INSUFICIENCIA CARDIACA DA PESSOA IDOSA</b>	
Há quanto tempo tem a doença	
Está compensada	
Que tipo de medicação faz	
Qual as dosagens e horas de administração da medicação	
Sabe identificar uma dor precordial	
<b>CONHECER A HISTÓRIA DA INSUFICIENCIA RESPIRATÓRIA</b>	
Há quanto tempo tem a doença	
Está compensada	
Que tipo de medicação faz, que inaladores faz.	
Quais as dosagens e horas de administração da medicação	
Sabe usar a camara expansora para os inaladores	
Quais as horas em que utiliza o Bipap.	
Sabe trabalhar com o Bipap	
Sabe verificar quando a bala de Oxigénio está no fim.	
Quem contacta e nº de telefone caso exista alguma anomalia com a bala de Oxigénio.	
Sabe trabalhar com o debitometro de oxigénio	
<b>CONHECER A HISTÓRIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>	
Há quanto tempo tem a doença	
Está compensada	
Que tipo de medicação faz	
Controla a tensão arterial com que frequência.	
Se tem aparelho de avaliar a Tensão arterial	
<b>ENVOLVER-SE (Fase 2)</b>	
<b>CONHECER SINGULARIDADE PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PESSOA IDOSA</b>	
Estado mental (consciência/ orientação, aplicação da MMSE)	

Estado funcional (Marcha: escala de Holden; Atividades. Básicas de Vida: E. de Barthel   Anteriormente »»»» Atualmente »»»»» Atividades Instrumentais de vida: Índice de Lawton & Brody Atividades de Vida Básicas Escala de Katz   Anteriormente »»» Atualmente»»»»» Escala para avaliação do funcionamento familiar (APGAR) Escalas de autoavaliação intensidade da dor: Escala de Dor (Numérica e qualitativa) Escalas de heteroavaliação PAINAD (se é aplicável ou não) Escalas de heteroavaliação DOLOPLUS 2 (se é aplicável ou não)  Escala de Glasgow                                 Na admissão: Na alta:  Escala de Braden                                 Na admissão: Na alta:  Escala de Morse                                 Na admissão: Na alta:	
Estado afetivo (estado emocional, solidão, isolamento: Escala de Depressão Geriátrica abreviada)	
Estado Nutricional Mini-Nutritional Assessment (MNA) Estado nutricional (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, ingestão hídrica. Variedade alimentar (verduras, frutas.).	
Sono (padrão, medidas adaptativas)	
Estado sensorial (visão, audição, tacto., alterações, medidas adaptativas, próteses)	
<b>Escalas no Cuidador:</b> Escala de Molter e Lesk (Avaliação das necessidades do Familiar de Referência). Escala CASI (Avaliação da satisfação dos cuidadores) Escala CAD I (Avaliação da dificuldades dos cuidadores).	

Escala CAMI (índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta dificuldades)	
<b>CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA UCIMCR E DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA</b>	
O enfermeiro realiza a socialização à UCIMCR (equipas, organização, horários das visitas, e recursos disponíveis. (Bar, refeitório, Assistência Religiosa, Livros de Reclamações).	
O enfermeiro informa sobre número de telefone do Hospital e da UCIMCR.	
O enfermeiro fornece Guia de Acolhimento.	
O enfermeiro procura saber quais as expectativas da pessoa idosa em relação ao internamento na UCIMCR	
O enfermeiro procura saber quais as expectativas da família da pessoa idosa em relação ao internamento na UCIMCR	
O enfermeiro enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis.	
O enfermeiro procura identificar as necessidades da pessoa idosa e seu familiar de referência. (usar escala de Av. das necessidades do familiar de referencia em UCI .(Escala de Molter e Lesk, 1983).	
O enfermeiro mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito e empatia).	
O enfermeiro procura conhecer sobre a doença da pessoa idosa e se reconhece alguns sinais potenciais de descompensação.	
O enfermeiro procura saber se a pessoa idosa tem conhecimento das escalas de avaliação de glicémia.	
O enfermeiro procura saber se a pessoa idosa tem conhecimento de valores normais da tensão arterial.	
O enfermeiro procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso da pessoa idosa.	
O enfermeiro procura saber sobre o que o cuidador sabe sobre	

escalas de avaliação da glicémia.	
O enfermeiro procura saber sobre o que o cuidador sabe sobre valores de tensão arterial e sobre administração de terapêutica perós em SOS.	
O enfermeiro envolve o cuidador familiar nos cuidados. ( observa se o cuidador está interessado em prestar cuidados e convida-o caso ele esteja recetivo, esclarece dúvidas).	
<b>PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA</b>	
<b>PROMOVER O CUIDADO DE SI</b>	
O enfermeiro partilha conhecimento com a pessoa idosa sobre o regime terapêutico.	
O enfermeiro partilha conhecimento com a pessoa idosa sobre terapêutica em S.O.S:	
O enfermeiro demonstra/ treina a pessoa idosa sobre terapêutica em S.O.S.	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica. (Tensão baixa, sonolência, aumento da frequência de vontade de urinar).	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação com a pessoa idosa	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre os cuidados a ter com a avaliação da glicémia, registo dos valores na agenda e como funcionar com a caneta de administração de insulina.	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre os cuidados a ter com o funcionamento do Bipap.	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre os cuidados a ter com o uso de inaladores ou uso da camara expansora.	
O enfermeiro partilha conhecimentos como utilizar o debitometro de Oxigénio e caso necessário como contactar com técnico responsável pela substituição das balas de oxigénio	

O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar. (Medico, Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta).	
O enfermeiro promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa e atende às suas preferências.	
O enfermeiro incentiva a pessoa idosa na adesão ao regime terapêutico.	
<b>CAPACITAR OU POSSIBILITAR (Fase 3)</b>	
<b>PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA</b>	
<b>PROMOVER O CUIDADO DO OUTRO</b>	
O enfermeiro partilha conhecimento com o cuidador familiar sobre a terapêutica a fazer no domicílio pela pessoa idosa.	
O enfermeiro demonstra/ treina o cuidador familiar sobre a medicação que ficará prescrita em S.O.S.	
O enfermeiro partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica. (Tensão baixa, sonolência, aumento da frequência de vontade de urinar), com o cuidador familiar.	
O enfermeiro incentiva o cuidador familiar na adesão ao regime terapêutico.	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre os cuidados a ter com a avaliação da glicémia, registo dos valores na agenda e como funcionar com a caneta de administração de insulina com o cuidador familiar	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre os cuidados a ter com o funcionamento do Bipap, com o cuidador familiar.	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre os cuidados a ter com o uso de inaladores ou uso da camara expansora, com o cuidador familiar.	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre como trabalhar com o debitómetro de Oxigénio	
O enfermeiro partilha informação e conhecimento sobre a	

importância da avaliação da tensão arterial com alguma frequência e seja possível (condições económicas estáveis) incentiva à compra de um aparelho de Avaliação da tensão arterial.	
<b>COMPROMETER-SE (Fase 4)</b>	
<b>SUPORTAR O COMPROMISSO COM A PESSOA IDOSA</b>	
<b>O ENFERMEIRO PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ POSSIBILIA O CUIDADO DE SI</b>	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si na avaliação administração, registo e controlo da glicémia.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si no manuseamento do Bipap.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si no manuseamento do debitometro de oxigénio.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si em situações em que é necessário administrar terapêutica em S.O.S. para a hipertensão arterial.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si no manuseamento do aparelho de avaliar a tensão arterial.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si no uso de inaladores e utilização da camara expansora.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si caso se manifeste uma dor no peito a irradiar para o braço esquerdo. (Telefonar para a filha ou para o 112).	

O ENFERMEIRO PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ POSSIBILITAR O CUIDADO DO OUTRO.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si na Avaliação administração, registo e controlo da glicémia, com o cuidador familiar.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si no manuseamento do Bipap, com o cuidador familiar.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si no manuseamento do debitometro de oxigénio, com o cuidador familiar.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si em situações em que é necessário administrar terapêutica em S.O.S. para a hipertensão arterial, com o cuidador familiar.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si no manuseamento do aparelho de avaliar a tensão arterial, com o cuidador familiar.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si no uso de inaladores e manuseamento dacamara expansora, com o cuidador familiar.	
O enfermeiro valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si caso se manifeste uma dor no peito a irradiar para o braço esquerdo. (Administrar terapêutica em S.O.S. e ligar para o INEM ou recorrer com urgência ao hospital de referencia da zona), com o cuidador familiar.	

<b>ASSUMIR O CONTROLE DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (FASE 5)</b>	
<b>ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI</b>	
A Pessoa Idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de Si no controle da diabetes. (escalas de avaliação da glicémia e nº de unidades de insulina).	
A Pessoa Idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de Si no controle da insuficiência respiratória.	
A Pessoa Idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de Si no controle da insuficiência cardíaca.	
A Pessoa Idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de Si em situação de suspeita de dor pré cordial.	
A Pessoa Idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de Si em situação de hipertensão arterial.	
A Pessoa Idosa sabe gerir o seu regime terapêutico. (ir às consultas de cardiologia no hospital onde é seguida, sabe o nome do médico que a segue, marcação de futuras consultas).	
A Pessoa Idosa sabe usar medicação para hipertensão, administração de insulina monotard consoante esquema acordado, utilização de inaladores, caso seja necessário de uma forma eficaz.	
A Pessoa Idosa sabe usar o debitometro de forma a adequar as suas necessidades de oxigénio.	
A Pessoa Idosa tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica que utiliza (sonolência, tonturas, aumento da frequência em urinar).	
A Pessoa Idosa sabe os cuidados na prevenção da obstipação.	



A Pessoa Idosa conhece os recursos disponíveis em situações em que se possa sentir indisposta, com dor no peito e outros efeitos provocados pela medicação que usa (tem o contacto da filha (cuidadora familiar) e do INEM caso surjam situações que não consiga controlar).	
<b>ASSUMIR O CONTROLO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (FASE 5)</b>	
<b>ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO</b>	
O cuidador familiar detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado do outro no controle da diabetes (escalas de avaliação da glicémia e nº de unidades de insulina).	
O cuidador familiar detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado do outro no controle da insuficiência respiratória.	
O cuidador familiar detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado do outro no controle da insuficiência cardíaca.	
O cuidador familiar detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de Si em situação de suspeita de dor pré cordial.	
O cuidador familiar sabe gerir o regime terapêutico da pessoa idosa (ir às consultas de cardiologia no hospital onde a Pessoa Idosa é seguida, o nome do médico que a segue).	
O cuidador familiar sabe administrar na pessoa idosa medicação para hipertensão, administração de insulina monotard consoante esquema acordado, utilização de inaladores, caso seja necessário, de uma forma eficaz.	
O cuidador familiar tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica que a pessoa idosa utiliza (sonolência, tonturas, aumento da frequência em urinar).	
O cuidador familiar conhece os recursos disponíveis em situações em que a pessoa idosa possa sentir-se indisposta, com dor no peito e outros efeitos provocados pela medicação	

que usa (contacto do INEM em situação extrema, o hospital a dirigir-se em caso de necessidade, o contacto do Centro de Saúde da zona de residência.	
O cuidador familiar reconhece que a pessoa idosa encontra-se estável e controlada em relação à diabetes, à insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória e à hipertensão arterial.	

## **APÊNDICE IV - Estudo de Caso no Hospital**

**Estudo de caso em contexto hospitalar**  
**Local de Estágio: UCIMCR de um Hospital da zona de Lisboa-**  
**Setembro/Janeiro 2017**

Um dos objetivos específicos que delineamos para o estágio na UCIMCR, foi o de intervir em parceria com a Pessoa Idosa e seus Familiares no contexto de Unidade de Cuidados intensivos, visando a promoção do Cuidado de Si.

A elaboração do estudo foi uma das metodologias utilizadas para nos ajudar neste percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa Idosa e seus Familiares, em contexto de UCI.

O Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013) norteador da intervenção de enfermagem relativamente às necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI durante o percurso académico, levou-nos à apresentação deste estudo caso.

## **REVELAR-SE**

A entrevista foi efetuada às 72 horas de internamento, estando a senhora com alguma estabilidade para se efetuar a colheita de dados e após dois dias em que estivemos responsáveis pela prestação de cuidados e tendo existido o tempo necessário para darmos-nos a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99).

O Revelar-se é a fase inicial na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa e seus familiares e “...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do utente, família e enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99).

## **Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa**

Não foi possível efetuar a colheita de dados mais cedo, porque por um lado a Sra. Dona X não se encontrava suficientemente estável e por outro, deu-nos a oportunidade de ir ao seu encontro, manifestando as atitudes necessárias ao

estabelecimento de uma relação de ajuda: aceitação e respeito, empatia e aplicando os princípios da comunicação eficaz tais como a escuta ativa, manifestando segurança e confiança, simpatia, sendo afável e tendo atitudes congruentes e consistentes (Lazare, 1994).

Cumprimentámos a Sra. X, apresentámo-nos dizendo o nome e explicando que nesse dia seríamos o enfermeiro responsável pela senhora.

Explicámos-lhe que iríamos fazer algumas perguntas com o objetivo de recolher o máximo de informação para a elaboração do seu processo em termos de enfermagem e que por outro lado estávamos a efetuar essa recolha de dados para um estudo no âmbito dum projeto em contexto de formação académica e assegurámos-lhe que a informação recolhida era confidencial e que os princípios éticos seriam salvaguardados e respeitados. Posteriormente, viemos a recolher mais informação através da filha mais nova que verificámos mais tarde, que seria a familiar de referência.

O facto de termos estado vários dias responsáveis pela Sra. X, facilitou-nos a recolha de informação, visto ter-mos estabelecido uma relação de proximidade e empatia com ela. Utilizámos os períodos da prestação de cuidados de higiene como fator de aproximação e de procura de confiança com o objetivo de procurarmos estabelecer uma parceria com a Sra. X e posteriormente utilizámos os momentos durante o horário de visitas para procurarmos recolher informação adicional com a filha mais nova.

### **Conhecer a Identidade da Pessoa Idosa**

A Sra.X tem 79 anos, biótipo humano branco e gosta de ser tratada por Dona X. Tem nacionalidade portuguesa e é natural de uma região do Norte de Portugal.

Frequentou a primeira classe não sabendo ler nem escrever, mas sabe contar.

Trabalhou como empregada de limpeza em Angola num banco e mais tarde quando veio para Portugal, (depois de 1974) foi empregada domestica. Está reformada desde os 65 anos.

A Dona X. é católica não praticante e referiu que ia algumas vezes à igreja, mas no dia-a-dia não costumava ir.

Casou aos 25 anos e viveu com o marido até aos 35 anos. Separou-se e nunca mais teve contacto com ele. Posteriormente viveu em união de fato com uma segunda pessoa durante 35 anos, que veio a falecer em 2007.

Tem ao todo 5 filhos. Da primeira relação tem um rapaz com 45 anos e uma rapariga com 50 anos. Da segunda relação teve três filhas, tendo atualmente uma 42 anos, outra 40 anos e a mais nova 33 anos.

### **Conhecer o contexto de vida da Pessoa Idosa**

A Dona X viveu até há 4 meses sozinha numa região do Norte de Portugal, de onde é natural, num bairro camarário pagando cerca de 20 euros por mês de renda. A casa tem duas assoalhadas, água luz e saneamento básico.

Até essa data era independente nas suas atividades de vida diária. Tinha uma vizinha que tratava das limpezas e ajudava-a na confeção da alimentação, pagando-lhe uma mensalidade. Nessa altura deu uma queda sem repercussões no seguimento de uma ligeira tontura, perdendo o equilíbrio e nesse contexto, referiu que tem algum receio que lhe volte a acontecer o mesmo.

Na mesma altura, a senhora que fazia as limpezas em casa da Dona X adoeceu e a partir dessa data, a Dona X esteve ainda um mês a viver sozinha mas voltou a cair sem repercussões e nesse seguimento, a filha de 40 anos, levou-a para casa dela numa cidade da região do norte de Portugal.

Em Agosto veio para Lisboa viver com a filha mais nova até à data.

O apartamento fica localizado numa zona central de Lisboa, tem 3 assoalhadas, fica num terceiro andar, tem elevador, gás canalizado e é da própria.

Relativamente aos filhos, tem mais contacto com as filhas do segundo casamento. Os dois filhos do primeiro casamento vivem fora de Portugal, num país da Europa e estão pouco informados da real situação da mãe.

A filha mais nova da Dona X, é a familiar de referência.

A filha mais nova está grávida de 5 meses e a irmã do meio, veio da zona Norte de Portugal, para dar apoio nas atividades diárias com a mãe.

A terceira filha da segunda relação também vive em Lisboa e tem ajudado em tudo o que é preciso para manter a coesão da família.

Todos os filhos da Dona X são casados. Os filhos da primeira relação, ambos têm um filho. Duas filhas da segunda relação da Dona X, tem um filho estando a filha mais nova como já referi anteriormente, grávida de 5 meses.

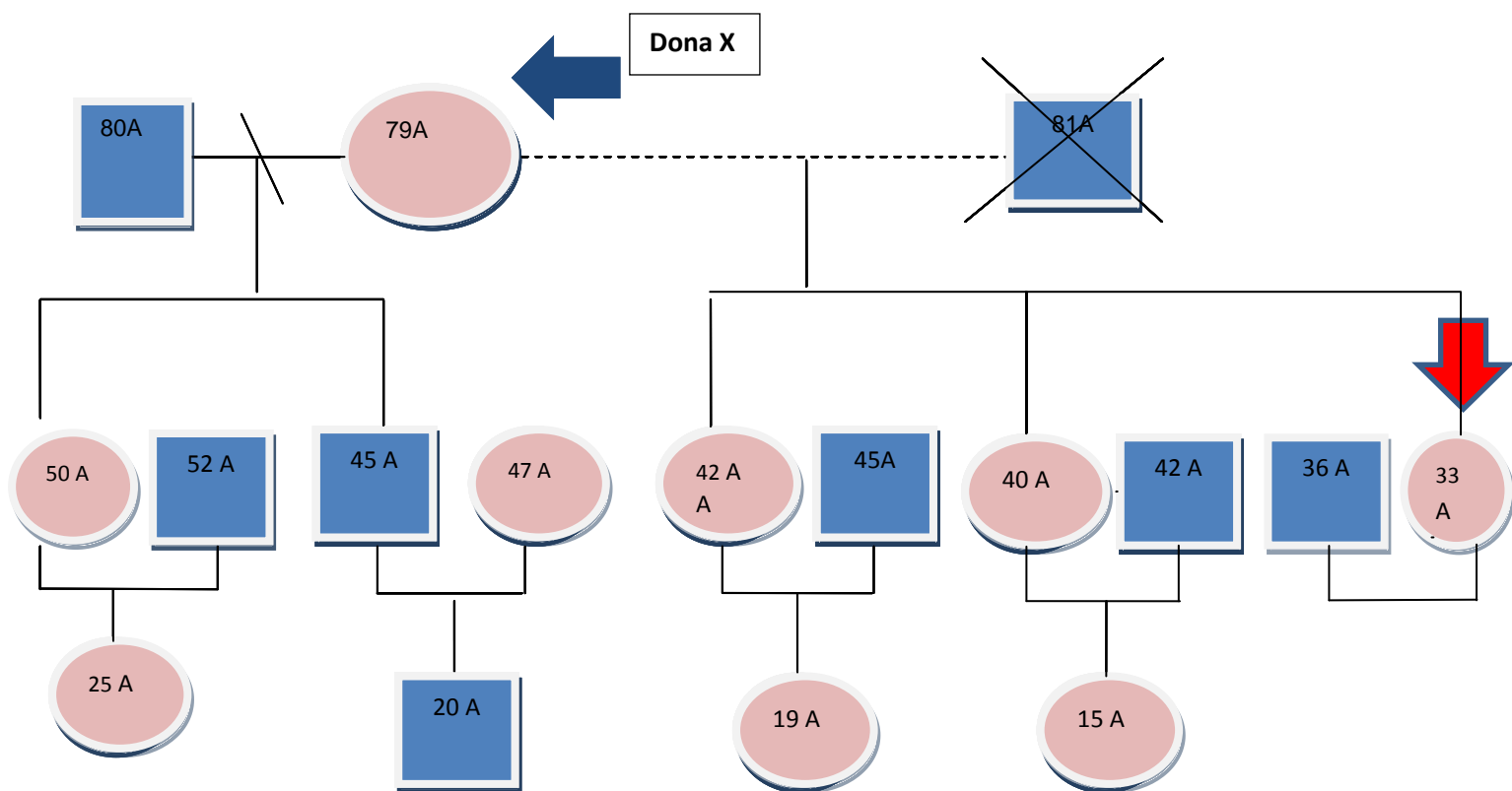
A Dona X passa a maior parte do tempo em casa. Tenta ajudar no que pode, na lida da casa e gosta de cozinhar, mas já tem dificuldade em deslocar-se visto ter sido operada há 15 anos ao joelho direito e ter ficado com mais dificuldade na marcha e sentir-se mais cansada. Usa uma bengala para se deslocar e ainda costuma ir à mercearia fazer pequenas compras e também costuma ir ao café em frente à porta de casa.

Relativamente à situação económica, tem uma reforma mínima e tem ajuda das filhas para poder suportar as despesas do dia-a-dia. Os filhos da primeira relação da Dona X vivem num país do Centro da Europa e a forma como ela fala deles revela que eles estão de certa forma alheados da situação atual dela.

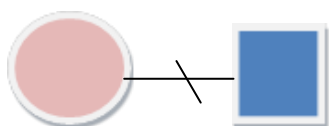
O único entretenimento da Dona X. é a televisão. Ela também gosta de ir ao café e de trazer pequenas compras da mercearia que a filha depois mais tarde passa por lá e paga as despesas. Foi apenas uma vez à igreja.

A Dona X não tem hábitos tabágicos e não bebe álcool há muitos anos.

## Ilustração 1- Genograma da Dona X



### Legenda:



Separados

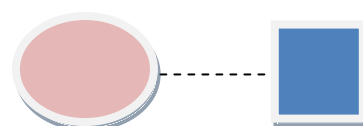


Morte

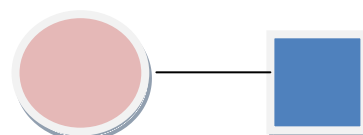
- Familiar de Referência



União de facto



Casado

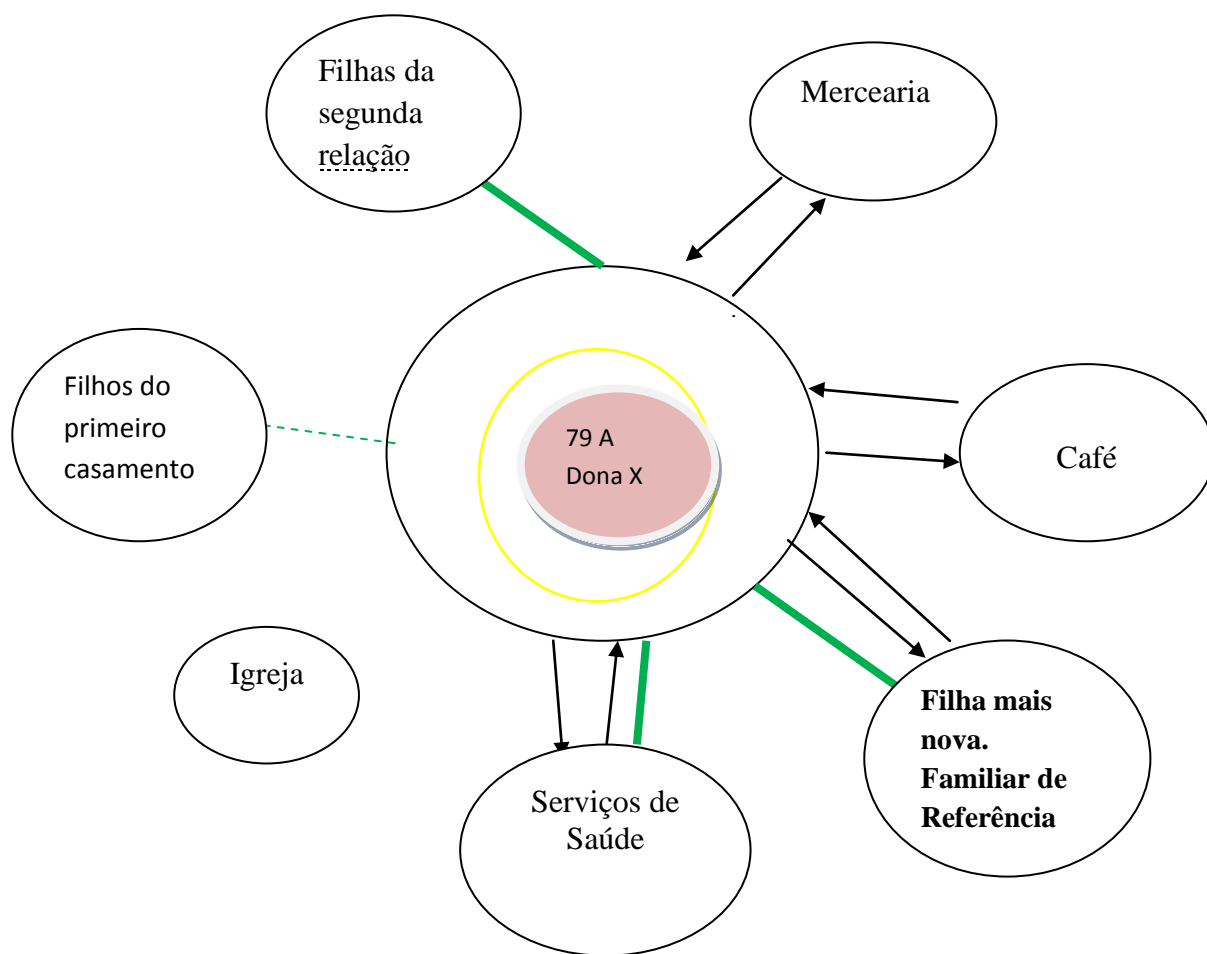




Como rede de apoio, a Dona X. era seguida num Centro de Saúde da região norte até à data em que veio para Lisboa.

Quando era necessário ir a consultas de especialidade na área da cardiologia e da pneumologia, deslocava-se ao Hospital da sua zona de residência.

**Ilustração 2- Ecomapa da Dona X**



**Legenda:**

Relação forte ———

Ausência de ligações

Relação muito frágil - - - - -

Energia e fluxo de recurso



## **Conhecer a História de Doença da Pessoa Idosa**

No início do mês de Agosto a Dona X voltou a cair em casa e com grande dificuldade ainda conseguiu ligar à filha. Foi contactado o INEM que a levou para o hospital da zona de residência. Posteriormente foi transferida para outro hospital da mesma zona de residência para o Serviço de Medicina, onde esteve internada 8 dias com diagnóstico de Insuficiência respiratória crónica e insuficiência cardíaca descompensada.

Durante esse internamento ficou ligada à consulta de Pneumologia da Dr.<sup>a</sup> A. Foi para o domicílio a fazer oxigénio noturno. Foi colocada na casa da filha uma bala de oxigénio e indicação para fazer Bipap noturno. Todos os ensinamentos foram efetuados estando a Dona X, dependente do Bipap e do oxigénio noturno.

Dia 26 de Setembro a Dona X veio com a filha mais nova à consulta de Cardiologia e enquanto aguardava na sala de espera sentiu-se mal, tendo sido chamada a equipa de emergência do Hospital. Após avaliação médica, foi transferida para a UCIMCR.

A Dona X referia desde há cerca de 3 dias, agravamento da dispneia de esforço e dos edemas dos membros inferiores. Referia ainda, diminuição do volume da diurese mas negava disúria, polaquiúria e urgência miccional.

Por parte da equipa médica, foi-lhe diagnosticado Edema Agudo do Pulmão em contexto de pico hipertensivo.

Durante o internamento, houve melhoria dos valores da tensão arterial, tendo sido necessário efetuar tratamento com DNI e furosemida, em perfusão contínua, para controlo tensional e negatificação de balanço hídrico. Laboratorialmente não teve sinais de isquemia aguda.

Nas primeiras 48 horas, realizou VNI (ventilação não invasiva) diurna, tendo posteriormente estabilizado e fazendo apenas VNI noturna, com o seu aparelho que tinha trazido do domicílio.

Tinha diabetes ainda não controlada, com Insulina lenta, pelo que iniciou metformina 1 g dia perós, como fazia em casa.

Os antecedentes pessoais relevantes eram:

- Insuficiência cardíaca há 10 anos.
- Insuficiência respiratória há 10 anos.

Insuficiência respiratória crónica sob OLD (oxigénio de longa duração) a 0.5L/m em repouso + 3L/m esforço e noturno e a fazer BIPAP noturno desde 21 de Setembro, seguida em Hospital de dia de Pneumologia (Dra. X).

Diabetes Mellitus há 10anos.

Hipertensão arterial há 10 anos. A Dona X referiu inclusive que foi no último ano em que cuidou do marido que começou a andar mais cansada, que fazia tudo para poder dar ao companheiro algum conforto visto ele ter uma neoplasia da próstata, doença pela qual morreu.

Status pós artroplastia joelho direito há 15 anos. Não tinha alergias ou hábitos aditivos.

A Dona X estava polimedicada com 11 medicamentos nas 24 horas diárias, o que de acordo com o conceito de polimedicação, é um fator preditor de efeitos adversos na saúde, pelo que interessava conhecer o regime terapêutico da Dona X e o modo como realizava gestão da sua terapêutica.

A Dona X não era autónoma na gestão da sua terapêutica, tendo em conta que era analfabeta e era a filha que diariamente deixava os medicamentos em copos para as 24 horas. Quando foi efetuada a colheita de dados à Dona X, ela referiu que às vezes não tomava o medicamento que a fazia urinar porque queria ir à mercearia e se o tomasse tinha vontade de urinar e tinha que voltar rapidamente para casa.

Medicação habitual: Becloaide forte (2 vezes dia), Dilamax 2 vezes dia, furosemido 40 mg 1 vez dia, espironolactona 25mg 1 vez dia, varfine (1+1/4 segundas e quartas, 1 cp nos restantes dias), losartan 50 1 vez dia, nebilet meio cp 1 vez dia, nitradisc 10 diário (retirar à noite), omeprazol 40 1 vez dia, lorazepam 1mg à noite, Eucras 1 cp 1 vez dia, Insulatard 8 un. + 8 Un. (Insulina lenta).

**Tabela 1- Regime medicamentoso da Dona X**

<b>Medicamento</b>	<b>Via de administração</b>	<b>Dose</b>	<b>Horário</b>
Aceetilcisteína 100/ml	i/v	300 mg	7h
Amlodipina	oral	5 mg	9h-21h
Becometasona 250 mcg/sol pressup. para inalação	Inalação	500mcg (2 puffs)	12/24h
Cloreto de Potássio inj. 75 mg/ml	i/v	50 ml	Contínuo
Cloreto de Sódio 0.9%	i/v	250	Contínuo
Domperidona 0.1 susp. oral	oral	10 mg	Às refeições
Espironalactona	oral	50 mg	12h
Fosforo comp. Efervesc. 500 mg	oral	500mg	Almoço
Furosemido	i/v	20mg	6h-14h-22h
Insulina Neutra Monotard	s/c	8 unidades	Peq. Almoço e jantar
Ipratropio 20 mcg/dose sol. press. para inalação	Inalação	8 puffs	6h-12h-18h-24h
Lorazepan 0.25 mg comp.	oral	0.25 mg	22h
Losartan comp. 50 mg	oral	50 mg	11h-23h
Nitroglicerina sistema transdermico 10 mg	transdérmico	10 mg	9h
Omeprazole caps 20 mg	oral	40 mg	6h
Paracetamol sol. p. perfusão 10 mg/ml frasco.	i/v	1000 mg	S.O.S até/ 3 dia
Salbutamol 100 mcg/dose susp pressp. para inalação	Inalação	6 puffs	6h-12h-18h-24h
Sene comp. 12 mg	oral	24 mg	20h
Sinvastatina comp. 20mg	oral	20mg	20h
Sulfato de magnésio sol. inj 200mg/ml	i/v	2000mg	14h
Varfarina 2.5mg comp.	oral	2.5mg	19h
Bm teste 4h/4h Insulina actrapid de acordo com esquema	i/v		
Cabeceira elevada 30°			

## **Conhecer a História de diabetes da Dona X**

A Dona X referiu que a sua história de diabetes lhe foi diagnosticada há cerca de 10 anos. Nessa altura, não se preocupava muito com a sua doença. Tomava um comprimido por dia de metmorfinina e raramente via os valores de açúcar no sangue. Nos últimos 5 anos, começou a fazer insulina lenta de manhã e à noite e mantém o comprimido diário de metmorfinina 1 gr. Quando vivia no norte, em sua casa, avaliava a glicemia e a vizinha que a ajudava na lida da casa, registava no boletim os valores. As unidades de insulina administrava-as com uma caneta própria. Como sabe contar, ouvia os 8 cliks correspondentes às 8 unidades. É dessa forma que ainda atualmente consegue administrar diariamente a insulina.

Em casa da filha, avalia na mesma a glicemia e a filha quando vem do trabalho regista no livro os valores diários, que ficam memorizados na máquina de avaliação da glicemia. A filha referiu que a Dona X tinha andado ultimamente descompensada do ponto de vista dos valores de glicemia.

Foi posteriormente efetuado ensino sobre o modo de funcionamento da máquina de avaliação de glicemia, com o intuito de aferir se tanto a filha como a Dona X sabiam realmente efetuar todos os procedimentos relativos aos cuidados a ter com a diabetes.

## **Conhecer a História de insuficiência cardíaca da Dona X**

A Dona X referiu que a sua história de insuficiência cardíaca teve início há cerca de 10 anos. Começou a andar mais cansada e com as pernas inchadas “sic” e às vezes, também sentia falta de ar e uma tosse irritativa. Um dia foi à médica de família que lhe pediu uns exames (uma radiografia de tórax e um eletrocardiograma) e mais tarde a enviou para o cardiologista para o hospital da sua zona de residência, que lhe diagnosticou a insuficiência cardíaca. Desde essa altura começou a tomar o losartan para a hipertensão arterial 1 vez dia, toma ainda o nebilet ½ comp. dia, para a insuficiência cardíaca. Coloca um Nitradisc 10 mg 1 vez dia que serve para prevenir crises anginosas (dor torácica ou desconforto).

Até há um mês atrás, aparentemente estava compensada.

A Dona X não estava sensibilizada para a importância de ter que tomar a medicação às horas indicadas. Aproveitámos para lhe explicar que caso tivesse uma dor no peito e ao mesmo tempo apanhasse o braço esquerdo que deveria nessas alturas telefonar imediatamente para a filha. Ela tinha consciência de que não poderia deixar de tomar a medicação diariamente, mas verificámos através de conversa mais detalhada que a Dona X andava ultimamente a falhar com alguns medicamentos.

A Dona X verbalizou que não tomava alguns comprimidos porque eram muitos medicamentos e particularizou que relativamente ao lasix, quando o tomava, urinava muito e tinha dificuldade em ir ao café e à mercearia.

Numa fase posterior, foi efetuado o ensino sobre a necessidade de tomar a terapêutica e a importância de a ingerir a horas certas e dos problemas que podiam advir do não cumprimento terapêutico e ponderámos mudar as horas de administração da terapêutica de acordo com o projeto de vida da Dona X.

### **Conhecer a História de insuficiência respiratória da Dona X**

A Dona X referiu que a sua história de insuficiência respiratória teve início há cerca de 10 anos, conjuntamente com as outras patologias.

Desde essa altura faz Beclotaide forte e Dilamax 2 vezes por dia. Tem uma câmara expansora e sabe como utilizar os puffs. Quando faz as bombas sente-se melhor e respira melhor, motivo pelo qual essa medicação, ela nunca deixou de cumprir à risca. Desde Setembro deste ano, tem em casa uma bala de oxigénio fornecida pelo hospital. Existe um técnico que vai regularmente a casa da filha da Dona X efetuar a manutenção da bala de oxigénio.

Desde Setembro o Hospital forneceu-lhe também um Bipap para ela fazer durante a noite. Tanto a Dona X como a filha tem informação relativamente ao modo de funcionamento do aparelho. Como está pré-programado só é preciso ligar à corrente e pressionar on. Tem sempre utilizado em casa, à noite o aparelho e sente-se menos cansada.

## **ENVOLVER-SE**

Envolver-se, é a segunda fase do processo de construção da parceria de acordo com o modelo de Parceria (Gomes 2013). Nesta fase, procurámos demonstrar disponibilidade para ouvir, criar empatia, partilhar sentimentos e procurar encontrar a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Na construção da parceria com a Dona X tivemos a necessidade de algum cuidado com a conversa com ela visto em algumas fases ela estar muito emocionada e com alguma facilidade virem-lhe as lágrimas aos olhos. Ao mesmo tempo que parecia querer terminar o diálogo. Logo pedia-nos para ficarmos junto dela. Nessa altura tentámos respeitar a sua intimidade e dar-lhe tempo para expressar as suas necessidades com o objetivo de desenvolvermos algumas estratégias com vista a desenvolver a sua autonomia.

## **Conhecer as Particularidades do Processo de Envelhecimento na Dona X**

Durante o internamento na UCIMCR aplicámos várias escalas com o objetivo de avaliar a Dona X de uma forma global.

No contexto de UCI existem várias escalas que preenchemos diariamente com o objetivo de avaliarmos a pessoa de um ponto de vista mais objetivo, nomeadamente a escala de Glasgow, para a avaliação do estado de consciência, a escala de Dor, a escala de Morse para o risco de queda e a escala de Braden para o risco de úlceras de pressão. Algumas são avaliadas várias vezes ao dia como é a escala de Dor, outras, como a escala de Braden, são avaliadas à entrada, de oito em oito dias e quando o doente é transferido para outro serviço.

Procurámos efetuar uma avaliação multidimensional com o objetivo de detetar e quantificar a deterioração e as incapacidades da Dona X.

De seguida passamos a apresentar as escalas aplicadas e a pontuação que foi obtida em cada.

## Escalas Utilizadas na Avaliação da Pessoa Idosa

- Mini Mental State Examination. Estado mental (consciência/ orientação, Estado funcional). **Pontuação:** 22
- (Marcha: escala de Holden. **Pontuação:** 4
- Atividades. Básicas de Vida: E. de Barthel **Anteriormente:** 25

**Actualmente:** 15

- Atividades Instrumentais de vida: Índice de Lawton&Brody.**Pontuação:** 3
- Actividades de Vida Básicas Escala de Katz **Anteriormente:** 5

**Actualmente:** 0

- Estado Nutricional Mini-Nutritional Assessment (MNA) .**Pontuação:** 24
- Escala para avaliação do funcionamento familiar (APGAR).**Pontuação:**7
- Escala de Dor ( escala analógica de dor).**Pontuação:** Variou entre 0 e 2
- Escala de Glasgow. Pontuação: **15**
- Escala de Braden **Pontuação»» Na admissão:** 13

**Na alta:** 18

- Escala de Morse **Pontuação»» Na admissão:** 60

**Na alta:** 60

## Conhecimento mútuo dos recursos da UCIMCR com a Dona X e com a Filha

Efetuámos um acolhimento personalizado, humanizado e de acordo com os procedimentos que preconizámos na construção da Norma de Acolhimento. Fomos ao encontro do familiar/pessoa significativa e tentámos identificar quais as necessidades que ela tinha, nesta fase do internamento.

Como já referimos anteriormente a filha mais nova da Dona X era a familiar de referência.

Percebemos como era importante para a filha saber informações sobre o estado da Dona X. Nas primeiras visitas verificámos que vinham sempre as duas filhas. Até entrar em vigor a Norma de Acolhimento, que implementámos no decorrer da elaboração deste estudo de caso, apenas entrava um familiar durante o período de visitas. Tomámos consciência, de como era importante para elas entrarem as



duas ao mesmo tempo visto estarem preocupadas com a situação da mãe e nesse sentido as duas filhas passaram a entrar juntas.

Foi fornecido o contacto telefónico direto da Unidade e informado que poderiam telefonar quando quisessem.

A filha foi também informada do horário das visitas, dos recursos disponíveis. (Bar, Refeitório, Gabinete do Utente, Assistente Social, Assistência Religiosa, Livros de Reclamações), localização desses serviços e dos respetivos números de telefone.

Tentámos procurar identificar as necessidades da filha da Dona X na UCIMCR, aplicando a escala de Av. das Necessidades do Familiar de Referência em UCI (Escala de Molter e Lesk, 1983), que nos forneceu o grau de importância que o familiar dá a um conjunto de necessidades, no total de 45, variando entre sem importância, pouco importante, importante e muito importante.

A filha da Dona X referiu como muito importantes as seguintes necessidades:

- Saber o prognóstico do seu familiar.
- Sentir que existe esperança.
- Falar diariamente com o médico.
- Saber qual o tratamento médico do seu familiar.
- Obter informações sobre o ambiente da UCI antes entrar pela primeira vez.
- Obter respostas sinceras/ honestas às questões colocadas.
- Ter o horário de visitas adaptável às particularidades do familiar de referência.
- Poder visitar o familiar a qualquer momento.
- Conhecer o que é feito ao seu familiar.
- Saber qual o tratamento médico do seu familiar.
- Estar acompanhado de outra pessoa quando visita o seu familiar na UCI.
- Ser informado das intenções e planos de transferência enquanto ainda estão a ser planeados.
- Sentir que os profissionais hospitalares se preocupam com o seu familiar.
- Poder visitar o seu familiar com frequência.

Todas as outras necessidades descritas na Escala de Molter & Lesk foram referidas como importantes.

Relativamente às expectativas da Dona X em relação ao internamento na UCIMCR, o mais importante para ela, era estar suficientemente bem para poder ir para casa e por outro lado, não estava a gostar da comida que lhe era fornecida. Posteriormente, foi contactada a dietista com o intuito de lhe ser fornecida uma dieta personalizada.

Relativamente ao familiar de referência, esta verbalizou que o que era importante era que a mãe ficasse bem. A filha, ao mesmo tempo estava preocupada porque tinha noção que a Dona X ia necessitar de ajuda para algumas atividades básicas diárias e não tinha a certeza se as ia conseguir satisfazer. Iria necessitar de ajuda de alguém, para os cuidados de higiene, quando a mãe fosse para casa.

De seguida apresentamos as escalas relacionadas com o Cuidador aplicadas:

### **Escalas no Cuidador**

- **Escala CASI** (Avaliação da satisfação dos cuidadores). **Pontuação: 75**  
É constituída por trinta itens agrupados em três categorias e varia entre 30 e 120 pontos, pois resulta da soma das pontuações obtidas nos itens que a compõem, desta forma o ponto central da escala é o valor 75 (quanto maior a pontuação maior a satisfação) que será utilizado como referência para comparar com os resultados obtidos da mesma escala. Neste sentido a filha da Dona X apresentava alguma satisfação em cuidar da sua mãe.
- **Escala CADI** (Avaliação das dificuldades dos cuidadores). **Pontuação: 69**  
Esta escala, apresenta valores que podem variar entre 0- 90, assumindo o valor zero, no caso do cuidador responder a tudo “Não acontece no meu caso” e o de noventa no caso do cuidador responder a tudo “Acontece e perturba-me muito”. O ponto central da escala é o valor 45. Podemos afirmar que valores abaixo deste indicam menos dificuldades. Neste sentido, a filha da Dona X apresentava dificuldades em cuidar da mãe.
- **Escala CAMI** (índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta dificuldades). **Pontuação: 81.**

Esta escala permite observar as estratégias utilizadas pelos cuidadores para superar as dificuldades.

A escala de coping dos cuidadores apresenta quatro opções de resposta, onde a soma dos resultados demonstra o coping do cuidador. A pontuação da escala resulta da soma das pontuações dos itens, pelo que a escala global varia entre 38 e 152 (ponto central é 95). Neste sentido a filha da Dona X apresentava dificuldades em arranjar estratégias para cuidar da mãe.

Ao 6º dia de internamento a Dona X foi transferida para o Serviço de Cardiologia, por estabilidade clínica.

Após a transferência da Dona X para o serviço de Cardiologia ainda efetuámos algumas intervenções em parceria com a equipa de enfermagem desse serviço. Contactámos as colegas do serviço com o intuito de lhes transmitir a necessidade que a Dona X tinha de ter uma dieta personalizada, visto ela ter referido durante a colheita de dados que não gostava de peixe e no dia em que fomos visitá-la termos perguntado se ela tinha-se alimentado bem.

Também fizemos referência às colegas do serviço, que a filha nos tinha dito que ia ter dificuldade com os cuidados de higiene da mãe, visto ela sair de manhã para trabalhar e também estar grávida de 5 meses. As colegas ficaram sensibilizadas para a situação e disseram-nos que iam entrar em contacto com a enfermeira da Equipa de Gestão de Altas com o objetivo de avaliar a situação.

Por fim alertámos as colegas para o facto da Dona X apresentar-se com o humor alterado e chorar com facilidade e que seria importante a observação pela Psicóloga.

De qualquer forma foi efetuado um de Plano de Cuidados com algumas das intervenções de enfermagem a efetuar relacionados com os problemas identificados e que posteriormente foram transmitidos às colegas do serviço de Cardiologia.

		<b>PLANO DE CUIDADOS</b>		
<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
- Alterações nos valores de gasimetria, caracterizada por dispneia e respiração anormal ,devido ao desequilíbrio na ventilação	Que a Dona X esteja eupneica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorização dos sinais vitais.</li> <li>- Monitorizar dispneia (em esforço com escala de Borg modificada).</li> <li>- Monitorizar SpO2 da Dona X</li> <li>- Gerir oxigénioterapia.</li> <li>- Identificar (fatores. desencadeantes de dispneia funcional.</li> <li>- Monitorizar líquidos eliminados.</li> <li>- Elevação da cabeceira.</li> <li>- Colheita de sangue para gasimetria.</li> <li>- Administração de terapêutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprometeu-se a tentar fazer respirações profundas e não fazer movimentos bruscos para não se cansar com tanta facilidade.</li> <li>Comprometeu-se a não retirar os óculos nasais.</li> </ul>	O padrão respiratório normalizou.

<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos provocado pela insuficiência cardíaca manifestando-se pelo aumento dos edemas.	Que a Dona X fique sem edemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorização dos sinais vitais.</li> <li>- Monitorizar parâmetros vitais.</li> <li>- Monitorizar líquidos eliminados.</li> <li>- Administração de terapêutica.</li> <li>- Restrição de líquidos.</li> <li>- Molhar os lábios à Dona X</li> </ul>	Comprometeu-se em mobilizar os membros inferiores. Não ingerir líquidos adicionais a não ser sob supervisão do enfermeiro.	- Os edemas diminuíram, mas ainda não totalmente.
- Dependência nos cuidados de higiene pessoal provocada pela dificuldade na mobilidade derivado à diminuição da força.	Que a Dona X adquira o máximo de autonomia nos cuidados de higiene de acordo com a situação anterior ao internamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajudar na higiene corporal.</li> <li>- Gerir com a Dona X os cuidados de higiene corporal.</li> <li>- Vigiar pele.</li> <li>- Aplicar creme protetor na região corporal.</li> <li>- Efetuar mobilizações passivas.</li> </ul>	- Comprometeu-se a tentar ser mais ativa durante os cuidados de higiene corporal.	Melhorou a mobilidade mas ainda necessita de ajuda parcial para os cuidados de higiene.

<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
Risco de queda relacionada com tentativa de se levantar da cama manifestada por alguma agitação.	Que a Dona X não caia da cama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir com a Dona X a atividade executada pela própria.</li> <li>- Supervisionar a Dona X a transferir-se.</li> <li>- Supervisionar a Dona X a posicionar-se.</li> <li>- Gerir ambiente físico (colocação das grades para cima)</li> <li>- Monitorizar escala de Morse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprometeu-se a chamar quando quisesse alguma coisa.</li> <li>- Comprometeu-se a virar-se somente com o auxílio do enfermeiro.</li> </ul>	Durante o internamento não teve quedas.
Risco de queda relacionado com tonturas e fraqueza muscular nos membros inferiores. (como ensino para a alta).	Que a Dona X não apresente quedas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino sobre a manutenção de um ambiente seguro em casa:</li> <li>- Iluminação adequada em casa.</li> <li>- Não deixar fios soltos pelo chão.</li> <li>- Retirar ou tentar evitar tapetes soltos no chão (foi efetuado ensino de sensibilização para esta problemática com a filha).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que ia sempre andar com a bengala.</li> <li>- Que ia utilizar calçado confortável.</li> <li>- A filha disse que ia colocar adesivo p baixo dos tapetes.</li> </ul>	O ensino foi efetuado e confirmado se tanto a Dona X como a filha tinham compreendido.

<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
- Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage).	Que esteja mais estabilizada do ponto de vista do humor. Que não se emocione com tanta facilidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar a expressão de emoções</li> <li>- Promoção da esperança na melhoria do seu estado.</li> <li>- Incentivar as filhas a falarem mais com a mãe e fazerem-na sentir mais envolvida nas decisões da família.</li> <li>- Providenciar atividades de distração (ver televisão e ouvir rádio).</li> <li>- Providenciar a vinda do psicólogo para avaliar a situação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A filha ficou sensibilizada para o problema e comprometeu-se a dar mais atenção à mãe.</li> <li>A Dona X comprometeu-se a ver televisão após o almoço.</li> </ul>	<p>A Dona X foi avaliada pela Psicóloga.</p> <p>A Dona X costuma ver televisão após o almoço.</p> <p>O seu equilíbrio emocional melhorou.</p>

<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
- Risco de não adesão terapêutica relacionada com efeitos secundários da polimedicação.	- Que a Dona X tome a terapêutica de forma adequada e nos horários determinados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a causa da não adesão à medicação.</li> <li>- Informar sobre a doença e da necessidade de cumprir a medicação para evitar reinternamentos.</li> <li>Adequar os horários da medicação, se possível, ao seu Projeto de Vida</li> <li>- Ensino sobre regime terapêutico à Dona X.</li> <li>- Sensibilizar a filha para a importância de tentar validar com a mãe a toma da medicação diária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A filha comprometeu-se a estar atenta e verificar se a mãe toma ou não a medicação.</li> <li>- A filha comprometeu-se a comprar as caixinhas para a medicação, de forma a que medicação ficasse organizada adequadamente.</li> <li>- A Dona X comprometeu-se a tomar sempre a medicação. Se for à rua, nesses dias toma o diurético mais cedo.</li> </ul>	<p>O ensino foi efetuado e confirmado se tinha sido bem compreendido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A filha comprou as caixinhas para a medicação</li> </ul>



<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
Diminuição da vontade de comer relacionada com o tipo de alimentação fornecida às refeições.	Que a Dona X retome o seu apetite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar com a Dona X os alimentos que não gosta.</li> <li>- Solicitar apoio da Nutricionista para dieta personalizada.</li> <li>- Explicar à Dona X a importância de uma alimentação variada, nomeadamente fruta em porções adequadas, face à diabetes.</li> </ul>	A Dona X comprometeu-se a comer mais fruta, de forma equilibrada.	A Dona X foi avaliada pela Nutricionista. Foi aferido com a Dona X, os ensinamentos efetuados.
Risco de hiperglicemia por não usar a máquina de avaliação da glicemia corretamente.	Que a senhora utilize adequadamente a máquina de avaliação de glicemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar por passos a utilização da máquina de glicémia à Dona X.</li> <li>- Efetuar ensino à filha sobre utilização da máquina de avaliação da glicémia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Dona X comprometeu-se a avaliar a glicémia com a máquina três vezes por dia, conforme prescrição.</li> </ul> <p>A filha comprometeu-se em registar diariamente os valores que se encontravam memorizados na máquina.</p>	O ensino foi efetuado, confirmado e se tinha sido bem compreendido.

## REFLEXÃO FINAL

A realização deste estudo de caso, segundo o Modelo de Parceria permitiu-nos uma compreensão e uma percepção mais adequada da intervenção de enfermagem à Dona Xe à sua família.

A utilização do Modelo de Parceria (Gomes, 2013) foi importante porque permitiu-nos estruturar o pensamento e sistematizar todos os procedimentos de uma forma adequada.

Aprendemos que o conhecimento da singularidade da Pessoa Idosa através da escuta das suas histórias, pode ser feita em pouco mais de 15 minutos através desmitificação de algumas crenças, tais como o tempo que se gasta a conversar com as famílias, deixando-nos tempo para outras atividades (Wright & Leahey, 2013). A utilização de conversas terapêuticas, um relacionamento agradável e a construção de um genograma e de um ecomapa da família poderão facilitar o conhecimento das famílias.

Durante a elaboração do estudo de caso, tomámos consciência de que os registos de enfermagem existentes no sistema informatizado do nosso serviço, eram comparativamente com a informação recolhida para o referido estudo de certa forma deficitários.

A obrigatoriedade de desenvolvermos competências como enfermeiro especialista à pessoa idosa obrigou-nos a tomar consciência de que nenhuma interação com a pessoa idosa é banal e que cada conversa em que participamos e nos envolvemos, afeta a mudança dos nossos referenciais e também os da família (Wright & Leahey, 2013).

Neste contexto, as conversas que foram efetuadas com a Dona X e com a sua filha foram naturalmente, momentos que foram aproveitados para estabelecermos um envolvimento mais profundo, indo de encontro às suas necessidades e não como uma mera conversa trivial. Por exemplo quando a filha da Dona X pediu para poder visitar a mãe fora da hora estipulada no regulamento, foi-lhe facultada essa possibilidade. Foram efetuadas estratégias para ir de encontro às necessidades daquela filha. Em outras situações, provavelmente isto poderia não ter acontecido e simplesmente a filha não poderia visitar a mãe naquele dia. Outro momento, foi quando a Dona X foi transferida e foi contactada a filha

telefonicamente, com o intuito de a informar previamente da hora em que seria transferida.

O que fez a diferença nestes momentos de interação entre a Dona X, a Filha e o Profissional de Enfermagem, foi o de possibilitar um trabalho em parceria como ser de projeto estabelecendo uma relação de qualidade com o objetivo dessa família continuar o seu projeto de vida (Gomes, 2013).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosa: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 115-174). Loures: Lusociência.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. (Tradução de Margarida Cunha Rosa). Lisboa: Lusodidacta.
- Souza Pereira, A. P., Martins Teixeira, G., Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 407-416.  
Acedido: 23-10-2016. Disponível em:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>
- Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora
- Veríssimo, M. T. et al. (2011). Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido em 6-02-2016. Disponível em:  
[https://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). Nurses and families: a guide to family assessment and intervention (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

**APÊNDICE V – Avaliação das Necessidades dos Familiares da  
Pessoa Idosa em contexto de UCI**

## **Necessidades dos Familiares Idosos da Pessoa Idosa em contexto de UCI**

A elaboração deste trabalho partiu da observação efetuada durante a avaliação diagnóstica na qual se verificou que os enfermeiros de uma forma geral, não efetuavam uma intervenção estruturada no acompanhamento dos familiares da pessoa idosa durante o internamento. Uma vez que o desenvolvimento deste projeto era centrado na Pessoa Idosa e nos seus Familiares em contexto de UCI, este estudo teve como objetivo identificar e compreender quais as necessidades dos FPI no contexto da UCIMCR do hospital no qual efetuamos o estágio com o intuito de satisfazer as suas reais necessidades e naturalmente contribuir para a melhoria do acolhimento.

### **1- METODOLOGIA**

Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa desenvolvida em quatro familiares idosos de pessoas idosas em contexto de UCI.

A colheita de dados ocorreu no período compreendido entre o dia 28 de outubro de 2016 a 7 de dezembro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, após aprovação pela Diretora do Serviço de Pneumologia (APENDICE VI), pela Direção de Enfermagem (APENDICE VII), visto ser um trabalho académico no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa.

A entrevista constitui um método que possibilita obter informações junto dos participantes, respeitantes aos episódios, ao pensamento, aos comportamentos, às escolhas, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes (Fortin, 1999).

Foi efetuada uma entrevista como pré-teste para determinar se o instrumento estava elaborado de forma clara, livre das principais tendências, e além disso, se ele solicitava o tipo de informação que se pretendia.

Após a análise do pré-teste verificámos que seria necessário efetuar algum treino na forma como conduziámos as entrevistas, tendo sido efetuada pesquisa

sobre a forma como estas se realizavam, utilizando-se nomeadamente, como suporte teórico, o Guia para Avaliação e Intervenção na Família (Wright, L. & Leahey, M., 2002). Também necessitámos de adaptar as perguntas ao tipo de linguagem compreendida pelos familiares. O pré-teste não foi incluído no estudo.

Após se efetuar duas entrevistas, uma a um familiar idoso e outra a um familiar adulto, verificámos que os familiares do idoso, idosos, realçavam algumas necessidades que os familiares adultos não enfatizavam, nomeadamente a necessidade de terem notícias permanecendo em casa e estarem acompanhados durante visita, pelo que, dado ao período que se tinha para o desenvolvimento do projeto, optou-se por entrevistar os Familiares Idosos de Pessoas Idosas, uma vez que acresce algumas necessidades que os familiares mais novos não referiam. Também após a discussão desta problemática com a orientadora de projeto foi consensual a necessidade de orientar as entrevistas para essa população específica.

Desta forma, os critérios estabelecidos foram os seguintes:

- Familiares / Pessoas Significativas de Pessoas Idosas (utentes com mais de 65 anos), que estivessem internadas na UCIMCR.
- Que os familiares depois de informados dos objetivos do estudo, tivessem dado o seu consentimento por escrito para tal.

O Guião (APENDICE VIII) foi composto por duas partes: a primeira parte destinou-se a obter dados sobre a caracterização da população alvo do estudo, nomeadamente a idade do familiar/ pessoas significativa e a idade do utente, o sexo, o grau de parentesco, as habilitações literárias e o diagnóstico inicial. Na segunda parte foram efetuadas duas perguntas abertas de modo a identificarmos as necessidades dos familiares da pessoa idosa em contexto de UCI e qual a forma de as podermos ajudar a suprimir essas mesmas necessidades.

Aos Familiares/ Pessoas Significativas, foi pedida autorização por escrito (APENDICE IX), para gravar as entrevistas em registo magnético e posterior transcrição das mesmas. Foram explicados os objetivos do estudo e respeitada a vontade e disponibilidade dos participantes. Foi também respeitado o direito à privacidade e assegurada a confidencialidade das informações e o seu não uso para outro fim que não o do estudo.

Após a realização das entrevistas, os dados foram transcritos e analisados segundo análise temática de conteúdo, que consiste em quatro etapas: reunião do corpus de análise, pré-análise, leitura flutuante dos dados colhidos, categorização dos dados e por fim, análise interpretativa (Bardin, 2000).

Por outro lado, como já tinha sido efetuado um enquadramento teórico sobre a temática das necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI e também já eram conhecidas algumas categorias existentes neste contexto, (categorias informação, confiança, segurança, suporte e proximidade), neste sentido, (Vala, J., 1986), diz-nos que a construção de um sistema de categorias pode ser feita à priori ou a posteriori, ou ainda através da combinação destes dois processos, ou seja de uma forma mista, que foi o que foi adotado para a realização do estudo.

Para validar as categorias e subcategorias, foi necessária a validação por peritos, nomeadamente a colaboração da orientadora de projeto e a colaboração da orientadora de estágio.

Foi construída uma grelha de análise segundo a área temática que tinha sido definida previamente, onde foram incluídas as categorias e as subcategorias.



## 2- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foi efetuada em primeiro lugar a caracterização da população e posteriormente foi feita a análise de conteúdo das entrevistas efetuadas.

### 2.1- Caracterização da amostra

Caracterizando o perfil da amostra como podemos ver no **quadro 1**, relativamente ao utente, três sujeitos são do sexo feminino e um do sexo masculino. As idades variaram entre 65 anos e 88 anos.

Relativamente ao familiar/pessoa significativa, as idades variavam entre 65 e 77 anos.

Relativamente ao grau de afinidade existente entre o paciente e os familiares/ pessoas significativas, duas pessoas eram irmãs, uma pessoa era filha e outra era esposa.

Relativamente às habilitações literárias dos familiares/ pessoas significativas, variaram entre a instrução primária (4ª classe) e o 7º ano do Liceu.

Quanto ao tipo de diagnóstico, este variou da seguinte maneira:

- Descompensação cardíaca;
- Hipertensão Pulmonar grave;
- Neoplasia do Pulmão;
- Derrame Pericárdico.

**Quadro 1-** Caracterização da amostra

Características Entrevistado nº	IDADE (UTENTE)	SEXO (UTENTE)	IDADE (Pessoa Significativa)	SEXO (Pessoa Significativa)	GRAU DE AFINIDADE	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	DIANÓSTICO
1	88	F	65	F	Filha	7º Ano do liceu	Descompensação cardíaca
2	69	F	75	F	Irmã	4ª Classe	Hipertensão Pulmonar grave
3	65	F	67	F	Irmã	4ª Classe	Neoplasia do Pulmão
4	79	M	77	F	Esposa	4ª Classe	Derrame Pericárdico

## 2.2- Necessidades dos Familiares Idosos da Pessoa Idosa internada em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

Através da análise dos dados recolhidos sobre as necessidades dos familiares idosos da pessoa idosa em contexto de UCI, emergiram 7 categorias, como se pode verificar no **quadro 2**:

- Informação;
- Acolhimento;
- Confiança;
- Segurança;
- Conforto Emocional;
- Que os enfermeiros ajudem a mobilizar recursos (Suporte);
- Proximidade (com o familiar doente).

**Quadro 2-** Distribuição das categorias e subcategorias dentro da área temática

UNIDADE TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
	- Informação	- Informação fornecida pela equipa médica.
		- Informação fornecida pela equipa de enfermagem.
		- Disponibilidade para dar informação
		- Informação compreensível
		- Informação sobre o horário de visitas
		- Informação por telefone
		- Informação relativa às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.
		- A previsão da alta.
		- Que sejam os enfermeiros a dirigirem-se aos familiares.

	- Acolhimento	- Que os enfermeiros se mostrem disponíveis para falar com os familiares.
		- Tempo de espera para visitar o seu familiar.
		- Horário de visitas flexível.
	- Confiança	- Que existe esperança.
		- Que o melhor tratamento está a ser dado ao seu familiar.
		- Sentir-se acompanhada.
	- Segurança	- Saber atempadamente o estado de evolução.
		- Saber que o familiar está a evoluir.
		- Saber a razão do estado atual de saúde.
	- Conforto Emocional	- Sentirem a simpatia dos profissionais.
		- Terem a disponibilidade dos profissionais.
		- Terem respostas dadas com sinceridade.
		- Ambiente Acolhedor.
	- Suporte (Que os enfermeiros os ajudem a mobilizar os recursos)	- Que os encaminhem para outros profissionais de saúde.
		- Uso de telemóvel.
		- Divulgação de Serviços de apoio.
	- Proximidade (com o familiar do doente).	- Permanência do familiar junto do doente.

### 2.2.1- Informação

Ao analisar esta categoria pode-se verificar que os familiares valorizam muito a necessidade de informação como forma de saber o que se está a passar com o seu ente querido.

Esta categoria foi dividida em 8 subcategorias conforme poderemos ver no **quadro 3**, em que essas subcategorias foram as seguintes:

- Informação fornecida pela equipa médica;
- Informação fornecida pela equipa de enfermagem;
- Disponibilidade para dar informação;
- Informação compreensível;
- Informação sobre o horário de visitas;
- Informação por telefone;
- Informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Previsão de alta.

**Quadro 3-** Distribuição das unidades de registo respeitantes à categoria informação e respetivas 8 subcategorias

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>- Informação.</b>	- Informação fornecida pela equipa médica	- A médica e a enfermeira prestaram todas as informações	A4 (1)
		- Está bem senhor enfermeiro ... nós queríamos falar com o médico também ... obrigada ...	B (8)
		- (...) até deu... muito bem...explicou tudo o que se estava a passar (...)	D (20)
	- Informação fornecida pela equipa enfermagem	- A (...) e a enfermeira prestaram todas as informações	A (1)
		(...) Eles deram as informações corretas...que a operação tinha corrido bem...e que estava estável.	C (15)
		Eu normalmente pergunto ao doente, o doente sabe perfeitamente, é verdade que se ele não tivesse num estado que não me pudesse dizer ia perguntar aos enfermeiros...	C (15)
	- Disponibilidade para dar informação	- Tem-me dado todas as informações quando peço. (...)	A (1)
		- Senti que o médico era bastante acessível.	A (1)
		- (...) Os médicos também. Tem sido impecáveis sempre que pergunto qualquer coisa eles dizem sempre.	A (2)
		Sim acho que sim ... os enfermeiros tentam dizer tudo ...	B (6)

<b>- Informação.</b>	- Informação compreensível	- (...) foi o seu colega ele explicou de uma forma simples...a situação do meu marido	D (20)
		- (...) não em termos de médico que ele deve saber... mas explicou o estado... e isso com palavras simples (...)uma coisa é a geração nova, outra é a minha geração...	D (20)
		- (...) tem que se encontrar as palavras certas para explicar...	D (20)
		- (...) A maioria das coisas não sei...usam termos médicos que eu não entendo...falam palavras que eu não entendo...	D (21)
		- (...) De uma maneira mais simples...às vezes não compreendo o que estão a dizer... e eu que já não sou nova...os jovens é diferente...entendem tudo...	D (21)
	- Informação sobre o horário de visitas	- Sim senhor disseram-me que era das 17.00h às 20.00h.	B (6)
		- (...) Sim ...disseram que era das 17.00h às 20.00horas...	D (19)
		- Os enfermeiros deram-me o horário das visitas.	A (1)
		(...) Quando nos dirigimos aqui, o enfermeiro também explicou que era a partir das 17.00h, duas pessoas, até às oito da noite.	C (15)
		- Hoje liguei à hora de almoço, mas não me deram informações porque estavam ocupados... por isso vim	A (2)

<b>- Informação.</b>	- Informação por telefone	agora (...)	
		- Sabe a minha irmã é que tem ligado...	B (6)
		- ...Disseram-me que podia ligar para ter informações.	B (6)
		- Até chego a ligar duas vezes por dia ...	B (6)
		- (...) Se fosse importante gostávamos de saber logo sim... se pudessem telefonar ...	B (7)
		- (...) Eu hoje de manhã liguei e falei com a Dr. X e ela deu-me informações e agora vim cá de tarde.	D (20)
	- Informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.	os enfermeiros explicaram...quando eu entrei disseram para eu passar as mãos por aquele líquido azul ... e à saída também...	C (16)
		- (...) até me disseram que tinha que passar o líquido nas mãos à entrada e à saída...	D (20)
	- Previsão da alta.	- (...) porque eu começo a pensar... que daqui a mais dia, menos dia pode sair para outro serviço (...)	A (2)
		- (relativamente à alta), se pelo menos me dissessem com alguma antecedência (...).	A (3)
		- Lembrei-me agora ... que para mim é importante saber quando a minha irmã vai ter alta ...	B (7)
		- (...) também quando tiver alta gostávamos de saber ...	B (7)
		(...) disseram, que ia ficar aqui até ontem...mais ou menos...mas uma vez que não precisavam da cama, ia ficar até amanhã.	C (15)
		(...) porque assim já sabe com o que conta...e gere a vida...tanto do doente como a dos familiares...	C (15)

O contacto inicial com o ambiente de uma UCI e com o seu familiar pode ser um momento stressante para a família (Pardavila & Vivar, 2011). Proporcionar informação, antes que os familiares visitem o seu ente querido pela primeira vez, pode diminuir a sua ansiedade por não saberem qual o comportamento a adotar junto dele e por outro lado diminuir o choque inicial e contribuir para o aumento da compreensão do ambiente da UCI (Camponogara *et al.*, 2013; McKiernan & McCarthy, 2012; Davidson, 2010, Oliveira, E. M. R. N., 2012.). É fundamental que o acolhimento efetuado por parte da equipa de enfermagem seja personalizado (Jacelon, C. S., Henneman, E. A., 2014., Mendes, A., 2015).

A família necessita de saber que tipo de **informação os diferentes profissionais** podem dar, uma vez que, consideram confuso, por vezes, lidar com vários profissionais na UCI. Na maior parte das vezes, do médico, a família pretende informação sobre o estado clínico, o prognóstico e o tratamento e, do enfermeiro pretendem informação sobre os cuidados, os motivos dos tratamentos, do ambiente da UCI e sobre como proceder junto do doente (Verhaeghe *et. al.*, 2005, Campos, S., 2014, Karlsson, C., et al., 2011). Neste contexto foram colocados na Norma (Norma de Acolhimento, 2016) os vários procedimentos relativos à informação a transmitir aos familiares, nomeadamente os pontos nº8, nº9, nº10 e nº14, de forma a ir de encontro às necessidades dos familiares idosos das pessoas idosas. Foram também colocadas (Guia de Acolhimento, 2016) as orientações gerais sobre os horários disponíveis para os profissionais de enfermagem transmitirem as informações sobre os familiares internados.

Relativamente à subcategoria **disponibilidade para dar informação**, verificou-se através das frases significativas, que os profissionais estão disponíveis para dar informações sempre que os familiares se dirigem a eles. Sentem inclusive satisfação com a disponibilidade que os profissionais transmitem.

Existem vários pontos na Norma de Acolhimento que traduzem esta disponibilidade, nomeadamente no ponto nº6, nº7, nº8, nº10, e nº13. Neste contexto, (Lazure, 1994), refere que o enfermeiro deve mostrar-se disponível para ouvir e informar, manifestando as atitudes necessárias ao estabelecimento de uma relação de ajuda.

Relativamente à subcategoria **informação compreensível**, verifica-se através da análise das frases significativas que é fundamental que os enfermeiros utilizem um tipo de linguagem que seja compreensível, para os familiares, visto



existirem algumas frases que permitem compreender que muitas vezes os profissionais usam termos técnicos e que estes para os familiares idosos, que em algumas situações tem um baixo grau de escolaridade, conforme se verifica na amostra do estudo, ainda são mais difíceis de compreender. O enfermeiro terá sempre que ter em consideração o uso de uma linguagem adequada ao familiar que está do “outro lado”. Neste contexto também (Camponogara et al., 2013), referem que muitas vezes existe falta de clareza nas informações transmitidas pelos profissionais de saúde e que o uso de linguagem muito técnica dificulta a compreensão do que se está a tentar transmitir. A comunicação deve ser permeada por um diálogo de fácil compreensão para que o idoso possa entender e construir vínculo e, desse modo, haja confiança e credibilidade na equipe de enfermagem (Furuya et al., 2011, Salins, N., Deodhar, J., Muckaden, M. A., 2016, Bailey J. J. et al., 2010, Hildebrandt, L. M., et al., 2015).

Relativamente à **subcategoria, informações por telefone**, verificou-se que era bastante importante para os familiares essa necessidade. Analisando as frases significativas, verifica-se que os familiares necessitam de estar a par do que se está a passar com o seu familiar e o telefone é o meio mais rápido para ser transmitida a informação (Obringer, K., Hilgenberg, C.I and Booker, K., 2011, Hashima, F., Hussinb, R., 2012).

Oferecer aos familiares a possibilidade de poderem telefonar, caso não seja possível visitarem o seu familiar/ pessoa significativa, é outra forma de controlar a ansiedade, uma vez que, ao telefonarem para obterem informações sobre o estado do seu familiar e saber que existe alguém vai responder às suas solicitações, faz com que o sentimento de confiança e segurança nos profissionais de saúde aumente (Esteves, N., 2012; Blom, H., Gustavsson & Sundler, 2013).

Nesse sentido, foi colocado na Norma de Acolhimento o ponto nº15 e nº 16, em que o enfermeiro fornece o contacto telefónico da Unidade e poderá dar informações exclusivamente ao familiar de referência e salvaguardando sempre a confidencialidade sobre a situação do utente. De qualquer forma atualmente os enfermeiros na Unidade em que foi efetuado o estudo, estão mais sensibilizados para essa necessidade e tentam dar sempre que possível, informação diminua a ansiedade dos familiares.

Na subcategoria, **Informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde**, os familiares fizeram referencia ao facto de que os profissionais de saúde davam esclarecimentos sobre as precauções a ter durante o período de visitas e nesse contexto foi dada ênfase a essa necessidade de informação durante a elaboração da Norma de Acolhimento tendo sido incluído o ponto nº 9. Foi também incluído no Folheto informativo de Acolhimento, no ponto referente a precauções as orientações que os familiares devem tomar durante a visita do seu familiar.

Na subcategoria relativa **à previsão da alta**, verifica-se através das frases significativas, que os familiares dão bastante importância à necessidade de terem informações sobre quando o seu familiar vai ter alta da Unidade. Por um lado aparentam uma ligação muito forte aos familiares que estão internados (esposas e maridos), relações que funcionam há muitos anos e por outro lado, sentem necessidade de saberem a previsão de alta para programarem a sua vida com antecedência (Karlsson, C. et al, 2011). Quando os idosos são admitidos como pacientes nas UCIs, questões de coesão familiar e de adaptabilidade aparecem com frequência, principalmente em razão da mudança de papéis, em que os familiares necessitam e passam a assumir a função de cuidadores (Resnick, B., 2011) e neste sentido tem necessidade de programarem a alta com alguma antecedência.

### **2.2.2- Acolhimento**

Esta categoria foi dividida em 4 subcategorias conforme poderemos ver no **quadro 4**, em que essas subcategorias foram as seguintes:

- Que sejam os enfermeiros a dirigirem-se aos familiares.
- Que os enfermeiros se mostrem disponíveis para falar com os familiares.
- Tempo de espera para visitar o seu familiar.
- Horário de visitas flexível.

**Quadro 4-** Distribuição das unidades de registo respeitantes à categoria Acolhimento e respectivas 4 subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>- Acolhimento.</b>	- Que sejam os enfermeiros a dirigirem-se aos familiares.	- (...) Eles estão lá dentro, eu é que peço... eu é que vou perguntar (...)	A (1)
		- Perguntei qual era o médico.	A (1)
		- (...) Quando existiu a necessidade de nós querer-mos alguma informação nós recebemos essa informação...mas nós é que pedimos... não foram eles...	D (20)
	- Que os enfermeiros se mostrem disponíveis para falar com os familiares.	- (...) Eles estavam a trabalhar. Eu entendo, estão de volta da minha mãe (...)	A (1)
		- Hoje liguei à hora de almoço, mas não me deram informações porque estavam ocupados..., por isso vim agora ...	A (2)
	- Tempo de espera para visitar o seu familiar.	Sabe senhor enfermeiro quando vim com a minha irmã fiquei à espera... deixaram-me na entrada ...	B (5)
		Disseram-me que já vinham, eu sei que tinha que ser ...estive ali à espera...eu sei que não podia ser tudo rápido ...	B (5)
		Não, depois houve uma pessoa que passou e disse-me para esperar na sala. Demoraram quase uma hora...	B (5)
		- (...) eu estava um bocado aflita... estive um bocado lá fora à espera...	C (5)
		- (...) tive que esperar pela hora de entrada...esperei um bocadinho...mas eu entendo...	D (19)
		- (...) às vezes tenho é dificuldade em vir a partir das 17 horas.	A (2)
		- (...) às vezes tenho é dificuldade em vir a partir das 17 horas.	A (2)

<b>- Acolhimento.</b>	- Horário de visitas flexível.	- (...) Se fosse mais cedo para mim era melhor...	D (19)
		- (...) este horário para mim é um bocadinho pesado... eu vou já dizer ao senhor porquê...porque anoitece muito cedo agora, pois chego a casa muito tarde e eu tenho medo...	D (19)
		- (...) Sabe senhor enfermeiro eu venho de transportes públicos e se fosse mais cedo a visita ajudava-me bastante...	D (20)
		- (...) Se fosse mais cedo para mim era melhor...	D (19)
		- (...) este horário para mim é um bocadinho pesado... eu vou já dizer ao senhor porquê...porque anoitece muito cedo agora, pois chego a casa muito tarde e eu tenho medo...	D (19)

Relativamente à análise desta subcategoria, **que sejam os enfermeiros a dirigirem-se aos familiares**, verificou-se que existiam lacunas no acolhimento, que iam de encontro à problemática inicial, que levou à execução deste projeto, em que se verificava que os enfermeiros não efetuavam um acolhimento estruturado e que rapidamente encaminhavam os familiares para o médico assistente. Por outro lado também ao analisarem-se as frases significativas, verificou-se que não eram os enfermeiros a dirigirem-se aos familiares para verificar quais as necessidades que os familiares careciam, mas sim o contrário e por outro lado muitas vezes os familiares esperavam na sala de espera sem saber o que se passava com o seu familiar.

Estas situações que foram detetadas, levaram a que fosse necessário sensibilizar a equipa para necessidade de alterar alguns comportamentos de passividade e foi colocado na Norma de Acolhimento o ponto nº10, referente à importância de ser o enfermeiro a ir ao encontro das necessidades dos familiares e inclusive após a elaboração da norma foi efetuada uma check list para avaliar os procedimentos a adotar pela equipa de enfermagem e em que os resultados respeitantes a este item tiveram um score de 80% de efetuado. Neste contexto Formarier, citado por (Vitória, C. M., 2001), refere que o acolhimento é uma atitude permanente que tem como objetivo ir ao encontro do outro para passar do estado de estranho ao de companheiro. Não é um ato, é um estado mental, disposição interna, a forma de pensar e de sentir do enfermeiro, expresso por uma forma de saber estar, com o intuito de ajuda.

Relativamente à subcategoria, **que os enfermeiros se mostrem disponíveis para falar com os familiares**, existem frases significativas que revelam que em determinados momentos os enfermeiros não estavam disponíveis para estarem com os familiares, apesar desses familiares compreenderem porque os enfermeiros andavam muito atarefados. De qualquer forma é fundamental nem que seja por momentos, dar alguma justificação para o facto de naquele momento não se poder dar o apoio adequado ao familiar, isto porque os familiares necessitam que os enfermeiros estejam disponíveis para dar informações (Silva, A.G., 2012).

A comunicação efetiva e a escuta qualificada, respeitando os desejos do paciente idoso e seus familiares, é um pilar fundamental para o planeamento na assistência de enfermagem. (Resnick, 2011).

No que diz respeito à subcategoria, **tempo de espera para visitar o seu familiar**, existem frases significativas que refletem situações em que os familiares ficaram demasiado tempo à espera para poderem entrar e visitar o seu familiar. Apesar de muitas vezes não existirem condições adequadas para os familiares entrarem nas horas programadas devido a constrangimentos da mais variada ordem (ex: situações de doentes em paragem cardiorrespiratória que necessitem de cuidados de emergência, o doente ter entrado à pouco tempo na Unidade e ainda se estarem a efetuar procedimentos que implicam a impossibilidade dos familiares estarem junto do doente) será sempre obrigatório de nessas situações os profissionais de saúde fornecerem alguma explicação de forma a diminuir a ansiedades dos familiares que aguardam na sala de espera.

Relativamente à subcategoria, **Horário de visitas flexível**, verificou-se através da análise das frases significativas que os familiares sentiam que o horário de visitas para elas, não era o mais adequado e inclusive sentiam-se desagradados com o horário. No sentido melhorar o acolhimento, foi vertido para a Norma, (ponto nº17), um horário mais alargado com vista a satisfazer essa necessidade. Anteriormente o horário de visitas para os familiares estava estipulado entre as 17h e as 20.00h e passou a ficar determinado que o horário seria entre as 14.00h e as 20.00h e de preferência de acordo com as reais necessidades do familiar. Neste contexto também (Camponogara et al., 2013, Karlsson, C. et al., 2011 Khalaila, R., 2012, Pardavila, M. & Vivar, C., 2011, Akroutea, A. R., Bondasa, T., 2015, Salins, N., Deodhar, J., Muckaden, M. A., 2016), fazem referência à necessidade de flexibilização dos horários de visita com o objetivo de diminuir a angústia e possibilitar mais tempo para estar com o seu ente querido.

### **2.2.3- Confiança**

Esta categoria foi dividida em 3 subcategorias conforme poderemos ver no **quadro 5**, em que essas subcategorias foram as seguintes:

- Que existe esperança.
- Que o melhor tratamento está a ser dado ao seu familiar.
- Sentir-se acompanhada

**Quadro 5-** Distribuição das unidades de registo respeitantes à categoria Confiança e respetivas 4 subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>- Confiança.</b>	- Que existe esperança.	- (...) Quando falo com o médico, sinto que existe evolução, é isso que me interessa (...)	A (2)
		- Para mim é importante saber como ela vai ficar (...)	A (2)
		- (...) se volta a ficar como estava (...)	A (2)
		- Desde que a minha irmã esteja bem...já fico mais descansada...entende?...	B (8)
		Eu tenho a noção que ele está melhor... uma vez que tenho um filho ligado à saúde e ele tem-me dito e depois de falar com vocês. E vê-se.	C (15)
		- (...) toda a informação que eu tiver ajuda-me a ficar mais calma...	D (20)
		- (...) enquanto não tiverem esses resultados...ainda não sabem bem o que ele tem...se vão para a esquerda se vão para a direita...	D (21)
		- (...) o importante para mim é que a minha mãe fique bem (...)	A (2)
	- Que o melhor tratamento está a ser dado ao seu familiar.	- (...) sinto que estão a fazer tudo o que podem pela minha mãe (...)	A (3)
		Sabe senhor enfermeiro não tenho nada a dizer de vocês ... tem feito o melhor que podem ...	B (7)
		- Se eu pudesse entrar com a minha irmã era melhor (...)	A (1)

<b>- Confiança.</b>	- Sentir-se acompanhada.	- (...) era importante que entrássemos as duas percebe (...)	A (1)
		- (...) mas uma pessoa fica um pouco desamparada (...)	A (2)
		- (...) se eu fosse mais a minha irmã, para mim era mais importante (...).	A (2)
		- Hoje sabe-me bem poder estar aqui com ela mais a minha irmã, junto dela ... sinto-me mais acompanhada ...	B (6)
		Sim estavam lá mais os meus dois irmãos...e disseram-me que só podia entrar uma pessoa... então entrei eu...na altura se calhar era, se tivessem entrado duas (...)	C (16)
		se tivessem entrado duas.. porque a gente ficam assim um bocadinho assustada ao sair da sala de operações	C (16)
		- (...) Olhe eu quando vim ... entrei sozinha a primeira vez... mas da segunda entrámos uma de cada vez..... hoje já me deixaram entrar com o meu filho (...)	D (21)
		- (...) Eu prefiro vir acompanhada, era conveniente eu vir acompanhada (...)	D (21)
		- (...) a outra pessoa dá-me um bocadinho de força... e eu vindo sozinha não...	D (21)
		- (...) quando vim sozinha fiquei meio atrapalhada (...)	D (21)
		- (...) Senti-me abandonada...sinto-me sozinha, porque eu vindo com outra pessoa (...)	D (21)



Relativamente à subcategoria, **que existe esperança**, existem frases significativas que nos dão a perceção que os familiares dão muita importância à existência de esperança de que o seu familiar vai melhorar. Existem estudos que referem que a necessidade existência de esperança dada pelos profissionais é muito importante (Jacob, M. et al, 2016, Chatzaki, M. et al, 2010, Campos, S., 2014, Karlsson, C., et al., 2011, Hashima, F., Hussinb, R., 2012).

No que diz respeito à subcategoria, **que o melhor tratamento está a ser dado ao seu familiar**, existem frases que indicam que os familiares, sentem que o seu familiar está a ter o melhor tratamento possível, que vai de encontro ao que existe na literatura como uma das necessidades que consideram mais importante. (Fortunnati, C. F. P., 2014, Chatzaki, M. et al., 2010, Obringer, K., Hilgenberg, C.I and Booker, K., 2011).

Relativamente à subcategoria, **sentir-se acompanhada**, verificou-se a existência de frases significativas em que os familiares gostariam que fosse possível entrarem acompanhadas, inclusive referiram que ao entrarem sozinhas se sentiam desamparadas e assustadas. Durante a elaboração da Norma de Acolhimento, foi possível ter esta necessidade em consideração e alterou-se o número de visitas a entrar por familiar, que antes deste estudo e da elaboração da Norma, a entrada era somente de um familiar por doente e passou a ser de pelo menos dois familiares por doente (ponto nº 18 da Norma).

Apesar de na maioria das Unidades o número de visitantes por familiar ser muito restrito (quase sempre um familiar por doente), relativamente aos familiares idosos, de pessoas idosas internados no contexto de UCI é fundamental que sejam alteradas as praticas visto esta população ser mais frágil e ter mais dificuldade em adaptar-se a novos ambientes. Nesse sentido inclusive foi colocado na Norma o ponto nº 25 em que é referido no fim da visita sempre que possível o enfermeiro deverá acompanhar ou providenciar para que a assistente operacional acompanhe o familiar à saída da Unidade, com o objetivo do acompanhamento ser mais personalizado.

#### **2.2.4- Segurança**

Esta categoria foi dividida em 3 subcategorias conforme poderemos ver no **quadro 6**, em que essas subcategorias foram as seguintes:

- Saber atempadamente o estado de evolução
- Saber que o familiar está a evoluir.
- Saber a razão do estado atual de saúde.

**Quadro 6-** Distribuição das unidades de registo respeitantes à categoria Segurança e respetivas 3 subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>- Segurança.</b>	- Saber atempadamente o estado de evolução.	- (...) se houvesse uma evolução para pior era importante avisarem-me (...)	A (3)
		- (...) se existirem alterações, que se agrave o estado de saúde da minha mãe, que não esperem, liguem-me que eu quero logo vir, se for algo grave entende (...)	A (3)
		... eu até perguntei quanto tempo é que a minha irmã ia aqui ficar.	B (6)
		- Sim... era importante...será que ela vai cá ficar muito tempo?	B (6)
		- (...) por exemplo se houvesse alguma mudança no estado da minha irmã para nós era importante saber ...	B (7)
		- (...) se houver alguma coisa que esteja a correr mal...o que para mim era importante é que me dissessem...entende...?	B (8)
		(...) eu estava um bocado aflita... estive um bocado lá fora à espera...(...)não tínhamos informações...mas foi porque a operação demorou mais..	C (14)
		- (...) porque os médicos disseram que vai depender do resultado da biopsia	D (21)
		(...) não tínhamos informações...mas foi porque a operação demorou mais.	C (6)
		- Eu tenho sentido que a minha mãe está melhor (...)	A (2)

<b>- Segurança.</b>	- Saber que o familiar está a evoluir.		
		- O senhor enfermeiro disse-me que já não tinha febre ... e que a irmã já se sentia melhor ... sabe fiquei mais descansada e já fui mais descansada.	B (5)
		- O senhor enfermeiro acha que a minha irmã vai ficar bem?	B (7)
		- (...) mas é claro eu queria era ver o meu marido com os olhos abertos e não consigo...	D (19)
		- Eu tenho sentido que a minha mãe está melhor (...)	A (2)
	- Saber a razão do estado atual de saúde.	- Sabe senhor enfermeiro gostava de saber porque razão é que ela ...sabe ... ela andava bem e der repente ficou cheia de febre ...	B (6)
		- A febre não seria do cateter?	B (8)
		- Gostava de saber porque ela está assim agora ...	B (6)
		(...) porque afinal, uma pessoa quer saber o que se está a passar...	C (15)
		- (...) A médica disse que ele já tinha líquido no coração e tiveram-lhe a tirar líquido do coração	D (20)
		- (...) e agora está estável (...)	D (20)
		- (...) pronto está com o tubo na boca, agora estão à espera da biopsia...	D (20)
		- (...) Para mim é importante saber com ele está(...)	D (20)

Relativamente à subcategoria, **saber a razão do estado atual de saúde**, ela apresenta também um grau de importância elevada para os familiares durante o internamento do seu ente querido na UCI, visto que estas necessidades se não são satisfeitas, elas provocam um elevado grau de ansiedade e incerteza em **relação ao estado de evolução** do seu ente querido. Quando a familiar refere que “ *pronto está com o tubo na boca, agora estão à espera da biopsia...*”, tem muito a ver com a possibilidade de por vezes existir a incerteza em relação à sobrevivência do doente, pelo que **saber se está a evoluir** é importante para a família se preparar psicologicamente para enfrentar a situação, ou até eventualmente para a morte do seu familiar. (Hashim & Hussin, 2012).

#### **2.2.5- Conforto Emocional**

Esta categoria foi dividida em 4 subcategorias conforme poderemos ver no **quadro 7**, em que essas subcategorias foram as seguintes:

- Sentirem a simpatia dos profissionais.
- Terem a disponibilidade dos profissionais
- Terem respostas dadas com sinceridade
- Ambiente Acolhedor.

**Quadro 7-** Distribuição das unidades de registo respeitantes à categoria Conforto Emocional e respectivas 4 subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>- Conforto Emocional.</b>	- Sentirem a simpatia dos profissionais.	- Vocês têm sido muito simpáticos ...	A (3)
		- (...) Os médicos também. Tem sido impecáveis sempre que pergunto qualquer coisa eles dizem sempre.	A (2)
		(...) os enfermeiros tem sido muito corretos ...	C (14)
		- Eu acho que está tudo bem... os enfermeiros foram simpáticos... falhas há sempre ...mas para mim não...	C (17)
		Eu acho que o serviço trabalha muito bem...as pessoas são simpáticas (...)	C (17)
		– (...)Tem corrido tudo bem...achei a drª muito simpática	D (19)
		- (...) Eles tem sido todos simpáticos...até agora tem sido (...)	D (21)
	- Terem a disponibilidade dos profissionais	- A médica e a enfermeira prestaram todas as informações.	A (1)
		- Tem-me dado todas as informações quando peço. (...)	A (1)
		- Senti que o médico era bastante acessível.	A (1)
		- (...) e se quisesse falar com o médico do meio dia à uma.	A (1)
		(...) estavam disponíveis ...eu não vejo nada por onde pegar...	C (17)
		- (...) A médica foi muito atenciosa ...	D (20)

<b>- Conforto Emocional.</b>	- Terem respostas dadas com sinceridade.	- Senti que estão a ser verdadeiros comigo.	A (2)
	- Ambiente Acolhedor	- Acho que está bom ...,é assim...está ótimo, até porque eu vou a outros hospitais e não são melhores do que este, pelo contrário.	C (17)
		- (...) este serviço é cinco estrelas ...tudo muito bem...	C (9)
		(...) e tem sido tudo correto...	C (9)
		(...) até lá meteram uma televisão... o meu irmão gosta de televisão...e meteram lá uma televisão...por isso mesmo é que não há nada que eu mudasse...entende...nada a apontar.	C (17)
		- (...) eu acho que está tudo bem...está tudo ótimo...	D (22)

Relativamente à subcategoria, **sentirem simpatia dos profissionais**, existem frases significativas que transmitem que os profissionais de saúde de uma forma geral provocaram um impacto bastante positivo nos familiares. Todos os familiares referiram que tanto os enfermeiros como os médicos tinham sido muito simpáticos com eles.

A simpatia é uma característica dos enfermeiros fundamental para que se estabeleça uma relação interpessoal eficaz. Neste contexto, (Lazure, 1994), refere que muitas vezes a empatia confunde-se com simpatia. Para (Berger, 1995), ser empático é colocar-se no lugar do outro *“para melhor compreender o que ele sente e também aceitá-lo e respeitá-lo em toda a sua individualidade”*.

Também em relação à subcategoria, **terem a disponibilidade dos profissionais**, as frases significativas refletem que os familiares estavam bastante satisfeitos com a atenção que lhes tinha sido prestada tanto pelos médicos como pelos enfermeiros. O enfermeiro em todas as intervenções, deve mostrar-se disponível para ouvir e informar, manifestando as atitudes necessárias ao estabelecimento de uma relação de ajuda (Lazure, 1994). Vai de encontro também aos procedimentos que foram incluídos na Norma de Acolhimento no ponto nº 10, com o objetivo de se efetuar um acolhimento personalizado.

Relativamente à subcategoria, **terem respostas dadas com sinceridade**, existem frases significativas que referem que os familiares sentiram que os profissionais estavam a dar-lhes respostas com sinceridade. Os familiares dependem do médico e do enfermeiro para adquirirem informação referente ao estado de saúde e evolução do seu ente querido, neste contexto, quando estes respondem às perguntas, informam e explicam a situação, a família entende isso como sinceridade, pois, a família pretende informação mas acima de tudo, pretende informação realista (Chatzaki et al., 2010, Hashim & Hussin, 2012, Campos, S., 2014, Obringer, K., Hilgenberg, C.I and Booker, K., 2011, Fortunatti C. F. P., 2014, Salins, N., Deodhar, J., Muckaden, M. A., 2016, Hinklea, J. L., Fitzpatric, E. k., 2011, Bailey, J. J. et al., 2010, Hashima, F., Hussinb, R., 2012).

Relativamente à subcategoria, **ambiente acolhedor**, existem frases significativas que transmitem a ideia de que os familiares estavam satisfeitos com o ambiente e com as instalações que encontravam quando iam visitar o seu familiar. Vai de encontro ao que diz a bibliografia relativamente aos familiares sentirem



necessidade de um espaço confortável enquanto esperam para visitar o seu ente querido (Karlsson, C., et al., 2011).

#### **2.2.6- Suporte (Que os enfermeiros os ajudem a mobilizar os recursos)**

Esta categoria foi dividida em 3 subcategorias conforme poderemos ver no **quadro 8**, em que essas subcategorias foram as seguintes:

- Que os encaminhem para outros profissionais de saúde
- Uso de telemóvel.
- Divulgação de Serviços de Apoio.

**Quadro 8-** Distribuição das unidades de registo respeitantes à categoria Suporte e respectivas 3 subcategorias.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>Suporte</b>  <b>(Que os enfermeiros os ajudem a mobilizar recursos)</b>	- Que os encaminhem para outros profissionais de saúde.	- (...) e se quisesse falar com o médico do meio dia à uma.	A8 (1)
		Nós já tivemos ajuda ... vinham trazer a comida ao almoço ... a senhora do centro de Saúde falou comigo.	B (7)
	- Uso de Telemóvel. .	- (...) Eu até ia dar o telefone à minha mãe (...) mas a senhora enfermeira disse-me logo que não era permitido usar telemóvel.	A (3)
		- (...) eu entendo que não se pode, (usar telemóvel) mas meta-se no meu lugar, mas (...)	A (3)
		- (...) pois é senhor enfermeiro (utilizar o telemóvel)... isso por acaso era importante... até mais para a minha mãe do que para mim entende (...)	A (3)
		Bem...é verdade se ele pudesse já podia ter ligado ao filho...o filho vive no Algarve...	C (17)
		(...) e essa parte ele já teria ligado ao filho ...isso para mim acho que era bastante importante... sim... uma vez que já está estável... uma vez que tem um filho...que também faz bem ouvi-lo... sim eu acho isso importante.	C (17)

<b>Suporte</b>  <b>(Que os enfermeiros os ajudem a mobilizar recursos)</b>	- Uso de Telemóvel. (a mesma subcategoria)	Mas não há dúvida do telemóvel...se ele pudesse utilizar era benéfico para ele entende...	C (17)
		- (...) não quer dizer que tenha o telemóvel, mas usar para um familiar isso sim era importante... às vezes os doentes precisam disso sim era importante...	C (17)
		- (...) Para mim era bom...era bom para mim... eu disse-lhe ficas com o t. móvel... se for eu ... atendes, se não for desligas o telefone...	D (21)
		- (...) eu entendo que não se pode,(usar telemóvel) mas meta-se no meu lugar, mas (...)	A (3)
	- Divulgação de Serviços de Apoio.	Penso que seria importante...porque a pessoa pode precisar de levantar dinheiro... (Multibanco)	C (17)
		(...) mas de bar no interior isso não sabia...mas isso sim era importante porque estivemos muito tempo á espera e dava muito jeito ...por acaso dava jeito (...)	C (17)

Relativamente à subcategoria, **que os encaminhem para outros profissionais de saúde**, existem frases significativas que indicam que os familiares davam importância à necessidade dos enfermeiros ter providenciado o contacto com outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos e assistentes sociais. Os familiares mais idosos e com nível económico inferior e necessitam de ser redirecionados para a assistente social (Chatzaki, M., et al., 2010).

Relativamente ao encaminhamento para a Assistente Social, em algumas situações, os familiares sentem necessidade de apoio após a alta hospitalar e nesse contexto é fundamental a ligação do enfermeiro com a Equipa de Gestão de Altas.

Relativamente à subcategoria, **uso de Equipamento tecnológico**, foram encontradas frases significativas relacionadas com a importância que os familiares de pessoas idosas dão à possibilidade de poderem utilizar o telemóvel para contacto com familiares muito próximos (filhos, irmãos, maridos), caso fosse possível. O que se verifica na prática diária nas UCIs, tanto a nível nacional como internacional é a proibição de uso de telemóveis dentro das Unidades. Também na unidade em que foi efetuado o estudo verificou-se através das frases significativas, que os familiares tinham sido informados do não uso de telemóveis durante a visita no local por parte dos profissionais de saúde. Por outro lado foi manifestado pelos familiares, como uma necessidade que não foi atendida e que eles consideravam muito importante. Eles consideravam que seria uma maneira de poderem comunicar com o seu ente querido, quando ele está consciente das suas faculdades e com possibilidade de falar e quando não podem visitá-lo ou por existirem situações em que os filhos estão no estrangeiro.

Nesse contexto, procurou-se saber o que diz a literatura sobre a utilização de telemóveis em zonas consideradas críticas no hospital, nomeadamente UCIs e o que os estudos referem é que atualmente os novos telemóveis das redes 4G estão preparados para funcionarem dentro das áreas críticas e os equipamentos médicos também já foram desenvolvidos com a proteção necessária. Relativamente aos primeiros telemóveis com rede 2G existiam conflitos com as ondas eletromagnéticas, mas mesmo assim não existem dados suficientes para dizer que são prejudiciais aos doentes. Esses problemas podem surgir em países que ainda não estão suficientemente desenvolvidos (Mariappan, et al., 2016). Outro estudo mais antigo referia que desde que os telemóveis estivessem a mais de 30 cm de distância de

equipamentos sensíveis, o risco era mínimo e que com a evolução tecnológica dos telemóveis, o risco residual de interferência parecia ser mínimo e controlável. (Ettelt, S., et al., 2006).

Após ter-mos verificado que na literatura internacional existem alguns riscos associados ao uso de telemóveis em UCIs, apesar desses riscos terem diminuído substancialmente com as novas gerações de telemóveis e por outro lado os equipamentos médicos eletrónicos estarem mais protegidos contra essas radiações, foi colocado no Folheto informativo a fornecer aos familiares de referencia, a possibilidade de em situações programadas e excecionais, ser possível o uso do telemóvel para o familiar/pessoa significativa com o intuito do familiar poder falar com o doente, visto muitas vezes esses utentes terem os filhos no estrangeiro ou por outro lado esses Familiares Idosos não poderem se deslocar com a mesma facilidade que as pessoas mais jovens. Esse procedimento terá que ter sempre em conta a presença física do enfermeiro, para assegurar que a existência de alguma interferência com os equipamentos médicos provocada pelo telemóvel não coloque em risco o utente.

Relativamente à subcategoria, **divulgação de Serviços de Apoio**, existem frases significativas relativamente à importância que os familiares davam a esses serviços, nomeadamente a existência de multibanco e a existência de bar e máquinas de bebidas distribuídas pelo hospital. Nesse contexto, durante a realização do folheto informativo, foi tida em consideração essas necessidades e foi incluída informação relativamente à localização dos bares e das máquinas de café.

#### **2.2.7- Proximidade (com o familiar do doente)**

Esta categoria desdobrou-se na subcategoria **permanência do familiar junto do doente**, conforme podemos ver no **quadro 9**.

**Quadro 9-** Distribuição das unidades de registo respeitantes à categoria Proximidade com o familiar do doente e respetiva subcategoria.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>Proximidade (com o familiar do doente)</b>	- Permanência do familiar junto do doente.	(...) mas depois houve um enfermeiro que me foi lá chamar e depois fui para o pé dela.	B (5)
		- Se pudéssemos estar com ela mais tempo ...	B (7)
		(...) o primeiro dia fui eu que o acompanhei... fui eu... sempre o acompanhei na doença dele.	C (14)
		(...) e que podíamos entrar para vê-lo, que estava dormir...	C (15)

Neste contexto, foram encontradas frases significativas que revelam que os familiares dão também muita importância à necessidade de estarem junto do doente. Existem estudos recentes que confirmam esta mesma necessidade (Khalaila, R., 2012, Pardavila, M. & Vivar, 2011, Akroutea, A. R., Bondasa,T., 2015. Jacelon, C. S., Henneman, E. A., 2014).

Para ir de encontro a essa necessidade dos familiares, foi alargado o horário de visitas da Unidade, que anteriormente era entre as 17.00h às 20.00h, passando a ser atualmente das 14 horas e as 20.00h, com o objetivo de permitir um maior acompanhamento por parte dos familiares.

### 3- CONCLUSÃO

Ao finalizarmos este trabalho, pensamos ter conseguido atingir os objetivos que nos propusemos no início deste estudo, na medida em que identificámos as necessidades dos familiares idosos da pessoa idosa em contexto e Unidade de Cuidados Intensivos.

A análise dos dados reporta-se às necessidades de quatro familiares idosos de pessoas idosas, que fizeram parte deste estudo e é a partir deste, que serão feitas as considerações apresentadas.

As conclusões obtidas neste trabalho emergem assim da análise de conteúdo efetuadas do Corpus da Informação, resultante das entrevistas aos familiares que constituíram os sujeitos do nosso estudo. Assim sendo, estas só são válidas dentro do contexto temporal e espacial, não se podendo extrapolar os resultados.

Através dos resultados obtidos verificamos que **a necessidade de informação** é uma das principais preocupações tidas em consideração pelos familiares idosos de pessoas idosas em contexto de UCI. Por outro lado, **a família necessita de saber que tipo de informação os diferentes profissionais** podem dar, uma vez que, consideram confuso, por vezes, lidar com vários profissionais na UCI.

Relativamente à **disponibilidade para dar essa informação**, verificou-se através das frases significativas, que os enfermeiros estão, de uma forma geral disponíveis para dar informações, mas sendo os familiares a dirigem a eles e não o contrário, como se preconiza num acolhimento personalizado. Existem ainda situações verbalizadas pelos familiares em que por vezes os enfermeiros não estão disponíveis para falar com os familiares, nomeadamente quando esperavam na sala de espera sem saberem o que se passava com o seu familiar e neste sentido é fundamental, nem que seja por momentos, dar alguma justificação para o facto de naquele momento não se poder dar o apoio adequado ao familiar. De qualquer forma os **familiares sentem satisfação com a disponibilidade que os profissionais** transmitem.

Os familiares idosos necessitam de uma **Informação compreensível** e verificou-se através da análise das frases significativas que é fundamental que os enfermeiros utilizem um tipo de linguagem que seja compreensível, para os



familiares, visto existirem algumas frases que permitem compreender que muitas vezes os profissionais usam termos técnicos e que estes, para os familiares idosos, que em algumas situações tem um baixo grau de escolaridade, conforme se verifica na amostra do estudo, ainda são mais difíceis de compreender.

Os familiares achavam importante a **transmissão de informações por telefone**. Analisando as frases significativas, verificou-se que os familiares **necessitam de estar a par do que se está a passar** e o telefone era o meio mais rápido para ser recebida a informação. Inclusive durante a visita consideravam uma necessidade importante o uso de telemóvel, e nesse contexto, foram encontradas frases significativas relacionadas com a importância que os familiares de pessoas idosas dão à possibilidade de poderem utilizar o telemóvel para contacto com familiares, visto existirem situação em que os filhos dessas pessoas idosas e familiares idosos se encontrarem em regiões longe da localização do Hospital e inclusive no estrangeiro e o uso desse equipamento facilita a comunicação e mantinha os membros da família informados e unidos.

Verificou-se também que era importante para os familiares a **necessidade de Informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções**, quando faziam referência aos profissionais de saúde darem esclarecimentos nesse sentido.

Dão muita importância à **necessidade de terem Informações sobre a previsão da alta** porque inclusive aparentam uma ligação muito forte aos familiares que estão internados (esposas e maridos) e sentem necessidade dessa informação para programarem a sua vida com alguma antecedência

**Relativamente ao horário de visitas**, verificou-se através da análise das frases significativas que os familiares sentiam que esse horário para elas, não era o mais adequado. Uma familiar referiu que às 17.00h já era de noite e para ela já era muito tarde porque tinha receio de andar na rua à noite. Existe a necessidade de adequar o horário de visitas às reais necessidades dos familiares se possível.

Os familiares necessitam de sentir que o seu familiar vai melhorar.

Esta foi mais uma das necessidades que é salientada pelos familiares como bastante importante, **o entrar na Unidade acompanhada**. Verificou-se a existência de frases significativas em que os familiares gostariam que fosse possível entrarem acompanhadas, inclusive referiram que ao entrarem sozinhas se sentiam

desamparadas e assustadas. Durante a elaboração da Norma de Acolhimento, foi possível ter esta necessidade em consideração e alterou-se o número de visitas a entrar por familiar, que antes deste estudo e da elaboração da Norma, a entrada era somente de um familiar por doente e passou a ser de pelo menos dois familiares por doente.

**O saber a razão do estado atual de saúde**, apresenta também um grau de importância elevada para os familiares durante o internamento do seu ente querido na UCI, visto esta necessidade se não são satisfeitas, elas provocam um elevado grau de ansiedade e incerteza em **relação ao estado de evolução** do seu ente querido.

Relativamente a **terem respostas dadas com sinceridade**, existem frases significativas que referem que os familiares sentiram que os profissionais estavam a ser verdadeiros com eles.

Também a **possibilidade de permanecerem junto do doente** para os familiares é sentido como muito importante. Nesse sentido no decorrer da elaboração da norma de acolhimento, foi aumentada o período de tempo de visitas do familiar de referência.

Por fim, sentiram importante que fosse divulgado por parte dos profissionais **os serviços de apoio**, nomeadamente o bar e o multibanco e também transmitiram satisfação com o ambiente e satisfação com as instalações enquanto esperavam para entrar.

Nesse sentido é fundamental que seja efetuado um acolhimento personalizado e de encontro às necessidades desses familiares por parte dos profissionais de saúde e dos enfermeiros em especial.

Pensamos que este estudo foi importante na medida em que identificámos algumas necessidades dos familiares idosos de pessoas idosas que não estavam a ser satisfeitas e que após essa identificação, foram tomadas medidas com o intuito de serem resolvidas. Encontrámos também alguns comportamentos passíveis de ser alterados pelos enfermeiros, nomeadamente serem eles a ter um papel ativo no acolhimento dirigindo-se aos familiares e não o contrário.

Na perspetiva do bem-estar da pessoa idosa/ familiar idoso proporcionado pelos profissionais de saúde é fundamental dar ênfase ao acolhimento desses familiares como fator facilitador da relação entre o enfermeiro, pessoa idosa e

família. Por este motivo os enfermeiros deverão continuar a desenvolver competências relacionais, implicando o desenvolvimento de capacidades, nomeadamente na comunicação e na relação.

É fundamental que os profissionais de enfermagem estabeleçam uma verdadeira relação com os familiares/pessoas significativas da pessoa idosa, mobilizando as suas competências relacionais de forma a conhecermos as suas reais necessidades e assim satisfaze-las.

#### 4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akroutea, A. R., Bondasa, T. 2015. Enfermeiros de cuidados críticos e familiares de idosos em UCI - Interação ambivalente. ScienceDirect. Elsevier. Noruega.
- Bailey, J. J., Sabbagh M., Loiselle C. G., Boileaug J., McVeyh L. (2010). Apoio às famílias na UTI: Estudo correlacional descritivo de suporte informacional, ansiedade e satisfação com o cuidado. *Intensive and Critical Care Nursing*. Canada.
- Bradin, L. (2000). Análise de conteúdo. Edições 70.
- Berger, Louise et al., 1995. Pessoas Idosas- Uma abordagem Global. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidata, p. 33.
- Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients - a phenomenological study *Intensive and Critical Care Nursing*, 29.
- Camponogara, S., Santos, T., Rodrigues, I, Frota, L., Amaro, D. & Turra, M. (2013). Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit. *Journal of Research Fundamental Care On Line*, 5 (4), pp. 622-634. Acedido em 3-01-2017. Disponível em:  
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2309>
- Campos, S. (2014). Necessidades da Família em Cuidados Intensivos. Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. Dissertação de Mestrado Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em 3-6-2016. Disponível em:  
<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77954>
- Chatzaki, M., Klimathianaki, M., Anastasaki, M., Chatzakis, G., Apostolakou, E. and Georgopoulos, D. (2010). Definindo as necessidades dos familiares de pacientes internados numa UCI de uma região rural grega. Um estudo prospectivo coorte. *Journal of Clinical Nursing*. Grécia. Acedido em 3-10-2016. Disponível em:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.04022.x/epdf>
- Davidson, J. (2010). Facilitated Sensemaking a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*.

- Esteves, N. (2012). Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos.
- Ettelt, S., Nolte, E., McKee, M., Haugen, O. A., Karlberg, I., Klazinga, N., Ricciardi, W., Teper, J. (2006). Evidence-based policy? The use of mobile phones in hospit. Journal of Public Health. Acedido em 3-01-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17071816>
- Norma de Acolhimento Acolhimento/Acompanhamento do Familiar/Pessoa significativa em internamento na UCIMCR. (2016). Realizada por Américo Reis, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, com a colaboração da Enf<sup>a</sup> Paula Reis e da Enf<sup>a</sup> Rute Reis, sob orientação da Professora Doutora Idalina Gomes, da ESEL e da Enfermeira Odete Mendes, Orientadora do contexto da Prática Clínica.
- Fortunnati, C. F. P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. Acedido em 3-01-2017. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Furuya, R. K. et al., (2011). A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro. Acedido em 10-06-2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a26.pdf>
- Guia de Acolhimento (2016). Folheto realizado por Américo Reis, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, com a colaboração da Enf<sup>a</sup> Paula Reis e da Enf<sup>a</sup> Rute Reis, sob orientação da Professora Doutora Idalina Gomes, da ESEL e da Enfermeira Odete Mendes, orientadora do contexto da prática clínica.
- Hashima, F., Hussinb, R. (2012). Necessidades Familiares de Pacientes Admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos, num Hospital Público. Sciverse sciencedirect. Malasia
- Hildebrandt, L. M., Pinno, C. Muller, L. A., Silva, L.A.A., Schons, V. F., Leite, M. T. (2015). A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva na voz de Idosos e familiares. Acedido em 4-07-16. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060>

- Hinklea, J. L., Fitzpatric, E. k. 2011. Necessidades dos familiares de pacientes americanos nos cuidados intensivos: Percepções de familiares, médicos e enfermeiros. ScienceDirect. Elsevier. Estados Unidos da América.
- Furuya, R. K. et al. (2011). A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro. Acedido em 20-12-2016. Disponível em:  
<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a26.pdf>
- Hashim, F., & Hussin, R. (2012). Family needs os patients admitted to intensive care unit. Acedido em 20-12-2016. Disponível em:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281200479X>  
in a public hospital. Social and Behavioral Sciences
- Jacelon, C. S., Henneman, E. A. (2014). Dignidade na pessoa idosa gravemente doente: A família. Heart & Lung, ELSEVIER. Estados Unidos da América.
- Jacob, M Horton, C., Rance, S. -Ashley, S. R., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J. Frobos, C. (2016). Necessidades dos familiares de pacientes em unidade de cuidados intensivos com visitas contínuas. American Journal Off Critical Care. Estados Unidos da América.
- Khalaila, R. 2012. A satisfação familiar dos pacientes com as necessidades atendidas na unidade de terapia intensiva médica. The Journal of Advanced Nursing (JAN). Israel.
- Karlsson, C., Tisell, A., Engström, A., Andershed, B. (2011). Satisfação dos membros da família com cuidados críticos: um estudo piloto. British Association of Critical Care Nurses. Suécia.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Lusodidacta, Lisboa.
- Mariappan, P. M. , Raghava D. R., Aleem, S. H. E. A., Zobaa, A. F. (2016). Journal of Advanced Research. Acedido em 20-11-2016. Disponível em:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090123216300248>
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. Intensive and Critical Care Nursing, 26.
- Mendes, A. (2015). A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos. Desalojar o Desassossego que Vive em Si. Loures: Lusodidacta.

- Obringer, K., Hilgenberg, C.I and Booker, K. (2011). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*. Acedido em 14-01-2017. Disponível em:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x/pdf>
- Oliveira, E. M. R. N. 2012. O Primeiro Contacto da Família com a UCI. Relatório Final. 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Portugal.
- Pardavila, B., M. & Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23 (2), p.51-67.
- Resnick, B. (2011). O paciente idoso criticamente doente. In. MORTON, Patricia Gonce; FONTAINE, Dorrie K. *Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Salins, N., Deodhar, J., Muckaden, M. A. (2016). Morte na Unidade de Cuidados Intensivos e fatores que influenciam a satisfação dos familiares com os cuidados numa UCI. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. India.
- Silva, A.G. (2012). A Pessoa em situação crítica em contexto de Cuidados Intensivos. *Vivências das Famílias*. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Portugal. Acedido em 4-07-2016. Disponível em:  
[http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1200/1/Anabela\\_Silva.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1200/1/Anabela_Silva.pdf)
- Vala, J. (1986). Análise de conteúdo. In Silva, A. S., Pinto, J. M. *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa. Editora Afrontamento. Acedido em 15-12-2016. Disponível em:  
[https://www.essr.net/~jafundo/mestrado\\_material\\_itgjkhnld/Material%20Prof%20Ildia/A%20An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo%20-%20Jorge%20vala.pdf](https://www.essr.net/~jafundo/mestrado_material_itgjkhnld/Material%20Prof%20Ildia/A%20An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo%20-%20Jorge%20vala.pdf)
- Verhaeghe *et. al.*, (2005). Necessidades e experiências de familiares de pacientes adultos em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. Acedido em 1-01-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15807758>
- Vitória, C. M. (2001). O acolhimento do doente oncológico. *Revista Enfermagem Oncológica*, nº18.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo: Roca.

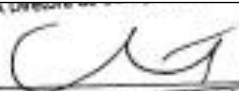
**APÊNDICE VI- Autorização da Diretora do Serviço para efetuar  
entrevistas aos familiares**



## AUTORIZAÇÃO DO DIRECTOR DO SERVIÇO

Para os devidos efeitos se declara que a implementação do projecto de investigação "Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção de Enfermagem em Perceira" do Enfº Graduado Américo Fernando Amaral de Almeida Reis, tem a minha autorização para ser levado a cabo no Serviço  Centro Hospitalar

Lisboa, 22 de Setembro de 2016

A Director do Serviço  


**APÊNDICE VII- Autorização da Direção de Enfermagem para efetuar  
entrevistas aos familiares**

Exmo. Sr.  
Enfermeiro  
Américo Fernando A. de Almeida Reis

**Assunto:** Aplicação de questionário

Vimos por este meio informar que se encontra autorizado a aplicar um questionário aos familiares dos utentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica e Respiratória ( ) no âmbito do trabalho intitulado "Necessidades dos familiares da pessoa idosa em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção de Enfermagem em parceria", integrado no 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Mais informamos que deverá enviar uma cópia do trabalho final para o email da Direção de Enfermagem – Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem:

Com os nossos cumprimentos,

( ), 29 de setembro de 2016

A Enfermeira Directora

Enfermeira Directora

DIREÇÃO DE  
ENFERMAGEM

## **APÊNDICE VIII- Guião das Entrevistas aos Familiares**

## **TEMÁTICA**

### **NECESSIDADES DOS FAMILIARES DAS PESSOA IDOSA EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE O PERÍODO DE INTERNAMENTO**

#### **GUIÃO DA ENTREVISTA**

##### **I PARTE**

- 1- Idade
- 2- Sexo
- 3- Grau de afinidade
- 4- Motivo de internamento / Diagnóstico
- 5- Habilitações Literárias
- 6- Já teve alguma experiência anterior em UCI?

##### **Relativamente ao doente:**

- 1- Idade?
- 2- Sexo

##### **II PARTE**

- 1- Gostaria que me dissesse que necessidades sentiram durante o período de internamento do seu familiar aqui na Unidade de Cuidados Intensivos.
- 2 – Em que é que nós enfermeiros poderíamos ajudar a tentar suprimir essas necessidades?

## **APÊNDICE IX- Consentimento por escrito dos familiares**

## CONSENTIMENTO POR ESCRITO DOS FAMILIARES

Eu, Américo Fernando Amaral de Almeida Reis, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, está a realizar, no âmbito do Projeto de Estágio, um estudo de investigação intitulado, **“Necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Intervenção de enfermagem em parceria”** que tem como objetivo, identificar as necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

Deste modo, solicitamos a sua autorização para colaborar na realização de uma entrevista, sabendo que, será respeitado o anonimato, a confidencialidade das informações fornecidas e a privacidade do participante. A inclusão no estudo, só acontecerá após o seu consentimento informado e esclarecido.

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que participo de livre vontade, seguindo todas as orientações dos responsáveis do estudo, sendo que a qualquer momento posso desistir do mesmo, se essa for a minha vontade.

Lisboa Outubro/ Novembro de 2016

\_\_\_\_\_ (Participante no estudo)

\_\_\_\_\_ (Responsável do estudo)

## **APÊNDICE X- Registos reflexivos durante estágio na UCIMCR**



## REFLEXÃO

### CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE UCI

São 9 horas da manhã de domingo.

Foi-me atribuída a responsabilidade de prestar cuidados à senhora Maria (nome fictício) que se encontrava internada na nossa Unidade desde há quatro dias, com o diagnóstico de descompensação respiratória e insuficiência cardíaca.

Aproximei-me e comecei por apresentar-me. Disse-lhe que ia ficar responsável pela prestação de cuidados de enfermagem e, em seguida, pedi a colaboração de uma assistente operacional.

Já tinha avaliado a situação clínica e, através da consulta da colheita de dados, percebi que a pessoa de referência da D. Maria era a irmã que morava na casa ao lado e não o marido, dadas as suas limitações físicas para deslocar-se. Assim, sabendo que a prestação de cuidados de higiene é um momento privilegiado para a recolha de informação, despiste de sinais e, sobretudo para o estabelecimento de uma relação de confiança, perguntei-lhe se o marido já tinha tido oportunidade de a visitar. Respondeu-me que não, que moravam em Cascais e que era muito longe. Em tom de desabafo, referiu-me que *tinham decidido poupá-lo a uma deslocação demasiado difícil para ele e por tão pouco tempo...* E explicou melhor: *como a visita era só às 17horas, ele teria de ficar só um pouco com ela para evitar ter de regressar já de noite. Sendo assim, era preferível ele não vir.*

No dia seguinte, interpelei a D. Maria sobre a hipótese do marido poder vir visitá-la mais cedo, ao que me respondeu que seria um grande alívio porque há três dias que não tinha notícias dele e já se sentia muito preocupada. Referiu-me que não tinham filhos, que as suas irmãs moravam na mesma rua e estavam sempre prontas a ajudar no que fosse preciso. *Se ela as tinha ajudado a criar os filhos, agora era ela que precisava de ajuda...*

Percebi o quanto era importante para ela ver o marido e estar algum tempo com ele porque pareciam ser um casal muito unido. Com uma história de 60 anos de vida em comum e sem filhos, tinham vivido um para o outro e o seu internamento provocou uma alteração no seu quotidiano. Tranquilei-a e prontifiquei-me a ajudar.

Eram 14h 30m quando os familiares chegaram.

Recebi as duas irmãs e o marido com uma particular satisfação por terem aceitado a minha proposta.

O Serviço estende-se por uma área ampla, o que permitiu que eu conseguisse reunir esta família dentro da unidade da D. Maria, proporcionando-lhes um espaço de aconchego e tranquilidade. Já tinha ponderado sobre o estado clínico da D. Maria que se encontrava estável e o ambiente da Unidade estava tranquilo – estavam, assim, reunidas as condições favoráveis para a reunião familiar tão desejada pela D. Maria. Providenciei uns bancos e minimizei os eventuais riscos de contaminação através do ensino de algumas medidas a tomar entre as quais a higienização das mãos antes e depois do contacto com a senhora.

Na despedida dos familiares, que acompanhei até à porta, senti o quanto foi significativo para aquela família, aquele momento.

No que me diz respeito, senti que a forma como efetuei o acolhimento a esta família foi ao encontro das suas reais necessidades humanas. Identifiquei a necessidade da D. Maria ver o marido. Percebi que a hora das visitas não correspondia às verdadeiras necessidades desta família e utilizei os princípios adequados a uma verdadeira relação de ajuda.

Apliquei os princípios de uma comunicação eficaz tais como a escuta ativa, o encorajamento a expressão de sentimentos, manifestação de segurança e segurança. Tive oportunidade de adaptar o ambiente no contexto de uma UCI, à pessoa. Em suma, apliquei cuidados no cuidar.

## **APÊNDICE XI - Visita à EGA do Hospital**

## **Análise reflexiva**

### **VISITA À EGA DO HOSPITAL ONDE SE EFETUOU O ESTÁGIO**

Apesar de não estar programado no Projeto de Estágio efetuar uma visita à EGA do hospital onde fizemos o estágio, sentimos necessidade de compreender como se processava o planeamento da gestão de alta dos utentes que necessitavam de cuidados após a alta hospitalar e a forma como se articulava a EGA do hospital, com a ECCI das áreas de residência para onde os utentes iam após terem alta hospitalar.

Nesse contexto, após reunião com a orientadora de estágio, solicitámos de forma informal autorização à Direção de Enfermagem para efetuar uma visita de carácter observacional ao Gabinete de Gestão de Altas (EGA).

Essa visita aconteceu dia 6 de janeiro de 2017. Fomos recebidos pela senhora enfermeira que faz parte da EGA, que explicou a forma como se articulava a EGA com os serviços do Hospital e como os doentes eram referenciados para a RNCCI, caso tivessem critérios de referenciação.

A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em cada hospital integrado no SNS que referencia utentes para as unidades e equipas da RNCCI. A EGA faz o planeamento da alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência. À EGA devem ser sinalizados, pelos serviços onde se encontram internados, todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados para que se possa proceder a um planeamento articulado e atempado da alta.

Apesar de estar regulamentado que os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e preferencialmente exercerem as suas funções, em regime de tempo completo, só a enfermeira e a assistente administrativa estão nesse regime de trabalho. A equipa de enfermagem da EGA é constituída por 3 elementos, sendo que apenas uma delas está em regime de tempo completo, as restantes apenas quando necessária, é solicitada a sua

colaboração. A restante equipa que compõe a EGA é constituída por dois médicos e três assistentes sociais.

No decurso da visita foi importante compreendermos o papel do enfermeiro que integra a Equipa de Gestão de Altas e quais as suas actividades no dia-a-dia e nesse sentido, achámos importante verter para este relatório essas actividades:

- Consultar diariamente as plantas de internamento dos serviços referenciadores (ficha de dados dos doentes internados) do CHLN- Polo do hospital onde efetuámos estágio.
- Consulta da colheita de dados e eventualmente, registos de enfermagem dos doentes internados nos serviços referenciadores;
- Identificação de enfermeiros elos de ligação, com a Equipa de Gestão de Altas. (todos os serviços que se justifique, têm um elo de ligação nomeado pela Direção de Enfermagem).
- Reuniões semanais com os enfermeiros elos de ligação e com a assistente social de cada serviço referenciador, com a realização das seguintes atividades:
  - Identificação das necessidades em cuidados de enfermagem e sociais.
  - Identificação de critérios de referenciação.
  - Colaboração no planeamento de alta, nomeadamente em relação às questões relacionadas com as necessidades em cuidados de enfermagem e sociais.
  - Articulação com as equipas domiciliárias.
  - Acompanhamento dos doentes com potencial de referenciação.
  - Aconselhamento sobre questões relacionadas com o planeamento de alta dos doentes internados e contactos a realizar.
  - Contacto com as equipas da comunidade quando solicitada a colaboração pela equipa terapêutica.
  - Registo em folha própria dos resumos das reuniões.
  - Participação em reuniões de serviço (Equipa Assistencial).
  - Consulta da plataforma informática da RNCCI com o objetivo de verificar se existe registos anteriores dos doentes internados, que tenham atualmente critérios de referenciação.
  - Realização de formação às equipas de enfermagem.

- Elaboração de dossier orientador do processo de referenciação de doentes à RNCCI.

Foi também importante compreendermos qual o papel do enfermeiro elo de ligação do serviço de internamento com a EGA.

Esse enfermeiro enquanto elo de ligação deve:

- Manter-se informado sobre o processo de sinalização à EGA e referenciação dos doentes do serviço à RNCCI.
- Colaborar no planeamento de alta dos doentes do serviço em articulação com a equipa assistencial e com a equipa de Gestão de Altas.
- Incentivar e colaborar com a equipa assistencial na identificação precoce dos doentes que beneficiam de referenciação para a RNCCI.
- Ajudar a equipa na definição da tipologia mais adequada a propor.
- Incentivar a equipa de enfermagem a obter o mais precocemente possível, toda a informação necessária à identificação das necessidades numa perspectiva de planeamento da alta dos doentes internados.
- Incentivar e orientar a equipa para uma sinalização precoce dos doentes a referenciar à RNCCI.
- Assegurar que os impressos de sinalização e referenciação se encontram disponíveis na sala da secretária de unidade.
- Colaborar com a EGA na avaliação dos doentes sinalizados.
- Colaborar na orientação da equipa de enfermagem para a importância da não abordagem do doente e família relativamente à referenciação do doente, antes de saber se existem ou não critérios, para não serem criadas falsas expectativas.
- Esclarecer os enfermeiros do serviço sobre o preenchimento dos impressos de sinalização e referenciação de doentes à EGA e RNCCI, garantindo que estes são encaminhados em tempo adequado.
- Orientar a equipa de enfermagem para a realização dos registos relativamente ao processo de sinalização/ referenciação e registar as diversas etapas no quadro da sala de trabalho de enfermagem.
- Garantir que é efetuado o pedido de transporte do doente no momento da alta nos casos de referenciação para as Unidades de Internamento da RNCCI.

- Informar a secretária de unidade, no momento da alta dos doentes referenciados para a RNCCI para o local adequado (domicílio ou internamento em unidade).
- Orientar a secretária de unidade para, em caso de falecimento, enviar mail informativo para a EGA.

Foi também importante esta visita para compreender como se processavam as fases de referenciação à RNCCI e qual o papel do enfermeiro em todas estas fases.

Na 1ª Fase, que podemos denominar de **Sinalização à EGA**, em que as equipas terapêuticas identificam os doentes com critérios de referenciação à RNCCI e propõem a sua referenciação, através do preenchimento de impresso próprio de sinalização que enviam à EGA.

Na 2ª fase, denominada de **Avaliação do doente pela EGA**. Nesta fase, a EGA (constituída por um médico, enfermeiro e assistente social) e a equipa terapêutica (médico assistente, enfermeiro responsável pelo doente e assistente social do serviço) reúnem, procedendo à análise da proposta de referenciação do doente à RNCCI.

Na 3ª fase, denominada de **Receção do Processo de Referenciação**, é preenchido o processo de referenciação pela equipa terapêutica (cada elemento da equipa tem folha própria de registo) e é anexada essa informação, conjuntamente com a informação da assistente social do serviço, contendo ainda, com o consentimento informado do doente e posteriormente o processo completo é encaminhado para a assistente social da EGA. O processo de referenciação ao dar entrada na EGA, é-lhe atribuída uma data e hora de receção. Posteriormente todos os elementos da equipa, são informados e inicia-se a transferência da informação para a plataforma informática.

A 4ª fase corresponde ao **aguardar de vaga**. Durante esta fase o doente poderá estar ou não internado ainda no hospital. Se está internado, é feito o acompanhamento pela enfermeira da EGA, semanalmente de forma presencial.

A enfermeira efetua em impresso próprio, mensalmente e sempre que necessário, registo da situação clínica do doente e se mantém critérios de referenciação. Faz atualizações na plataforma informática da rede, dá informação na área dos cuidados de enfermagem de 2 em 2 meses. Realiza o

acompanhamento do processo de referenciação através da consulta da plataforma da Rede. Realiza a articulação necessária com as equipas da Rede.

Se o doente aguarda vaga fora do hospital, neste caso a enfermeira da EGA, tem que ter conhecimento do local e da data em que o doente aguarda vaga. Confirma, que é assegurada a continuidade de cuidados enquanto o doente aguarda vaga. Solicita o envio da informação à Equipa Coordenadora Local, referente à data da alta hospitalar e ao local onde o doente fica a aguardar vaga. Faz atualizações na plataforma da Rede, de 2 em 2 meses. Articula com as equipas que se encontram a acompanhar o doente com o objetivo de obter informação que contribua para as atualizações referidas anteriormente.

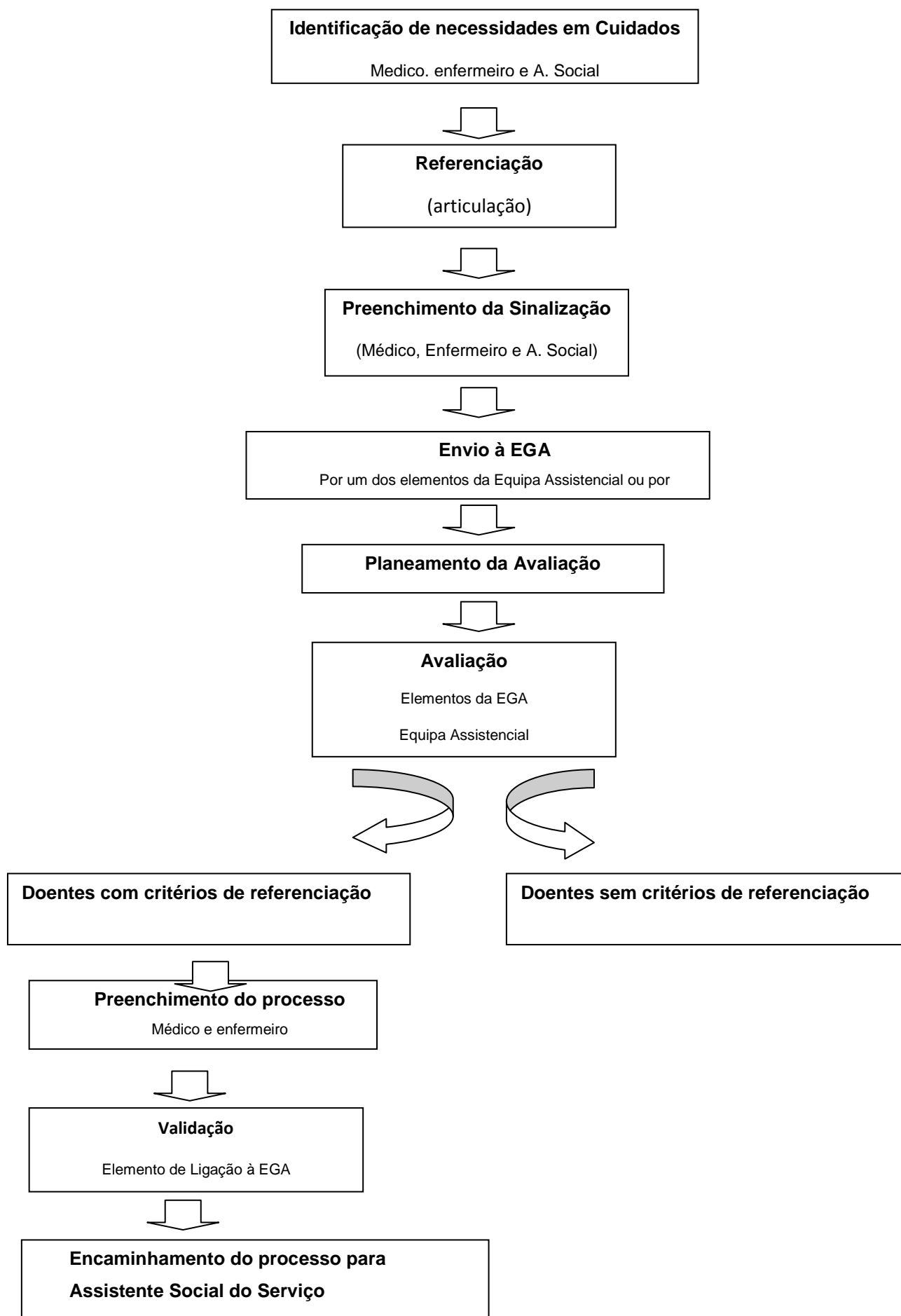
Na 5ª fase, relativa à **atribuição de vaga**, a EGA tem conhecimento da atribuição de vaga na unidade da RNCCI/ colocação na ECCI, através da consulta da plataforma informática da Rede e /ou pelo envio de informação pela Equipa Coordenadora Local com as orientações/ pedidos de colaboração necessários.

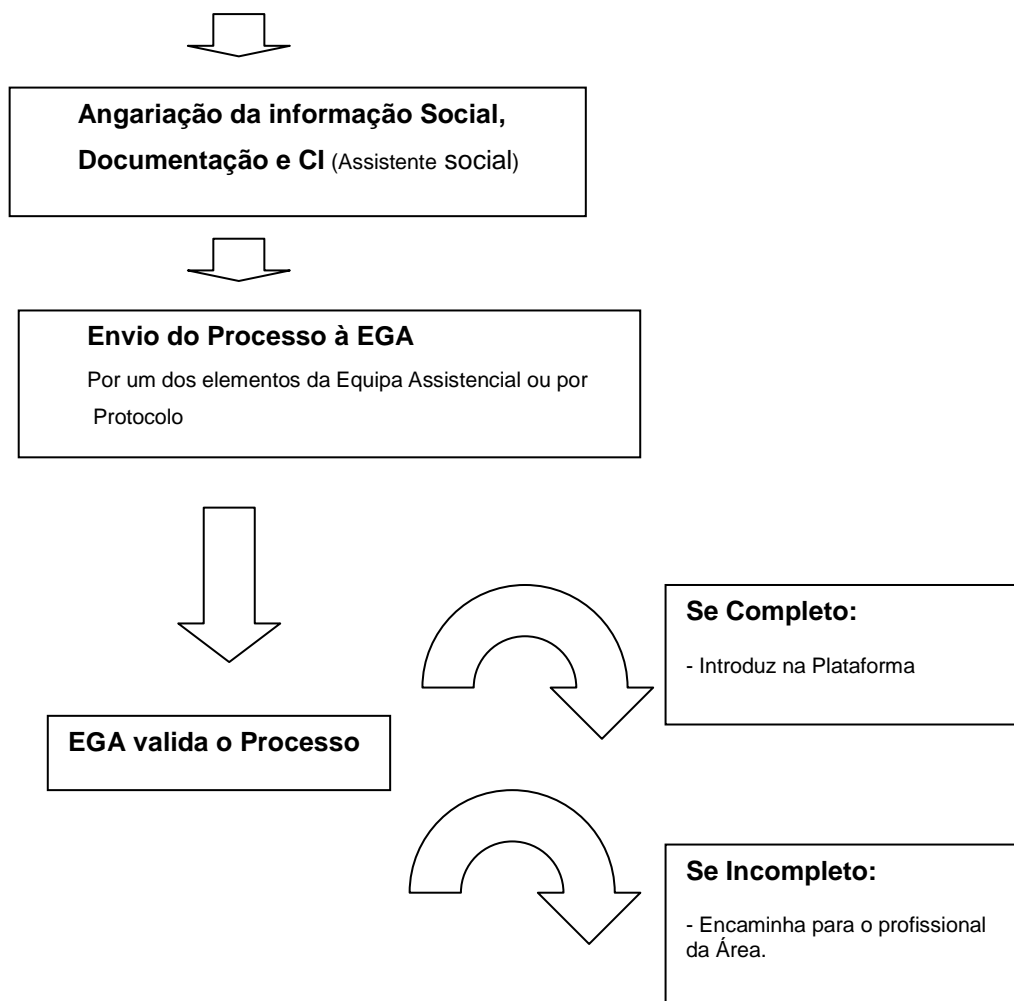
O papel do enfermeiro da EGA nesta fase passa por:

Informar o assistente social do serviço onde o doente esteve internado e de onde partiu a referenciação, da atribuição de vaga. Colabora se necessário e se solicitada a sua colaboração, na articulação com a família. Articula com as Equipas Coordenadoras Locais e Unidades da Rede, através do envio de e-mail ou contacto telefónico, informando, sobre a aceitação da vaga. Colabora na atualização da informação quando for solicitado, envolvendo todos os profissionais das respetivas áreas de responsabilidade. Articula com as equipas coordenadoras e unidades da RNCCI de forma a estabelecer outro plano/ alternativas, no caso de não se encontrarem reunidas as condições necessárias para o doente ter alta no prazo estabelecido. Assegura que as cartas de alta médica e de enfermagem acompanham o doente no momento de admissão na unidade e por fim realiza o acompanhamento do doente, através da consulta da plataforma, durante cerca de um mês.

De seguida apresentamos em forma de esquema, a referenciação de doentes à RNCCI (EGA do hospital onde efetuámos o estágio).







Esta visita à EGA foi bastante importante porque compreendemos e consciencializámos a forma como se articula o Hospital com a Equipa de Cuidados Continuados e qual o papel desempenhado pelos diferentes profissionais nesse processo.

Verificámos que é fundamental uma boa comunicação e articulação entre os vários profissionais envolvidos no processo de referenciação à RNCCI com o intuito do utente ter a resposta em cuidados de saúde da forma mais rápida possível de forma a poder continuar o seu projeto de vida.

**APÊNDICE XII - Ação de Formação realizada sobre a Apresentação  
do Projeto de Estágio na UCIMCR**

## **Plano da Sessão de Formação**

**Tema:** Necessidades dos Familiares da pessoa Idosa em Contexto de UCI. Intervenção de Enfermagem em Parceria.

**Finalidade:** Apresentação do Projeto de Estágio à Equipa de Enfermagem da UCAPO/ UCIMCR.

**População- Alvo:** A sessão é destinada a todos os enfermeiros do Serviço.

**Local:** Sala de Reuniões do Serviço

**Data:** 6/010/2016

**Hora:**10.30

**Duração:**35 minutos

**Formador:** Américo de Almeida Reis

### **Objetivos Gerais:**

- Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio;
- Apresentar à Equipa de Enfermagem o Projeto de Estágio, cuja temática versa as necessidades dos Familiares da Pessoa Idosa em contexto de UCI. Intervenção de Enfermagem.

### **Objetivos Específicos:**

- Promover a reflexão e debate na Equipa em relação ao Acolhimento efetuado na UCIMCR.
- Apresentar os Modelos Teóricos a utilizar na elaboração do Projeto.
- Dar a conhecer algumas necessidades dos Familiares em contexto de UCI durante o internamento

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
- Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio	- Contextualização da problemática em estudo.	Método expositivo	Computador projeção em LCD	12min
- Apresentar os Modelos Teóricos a utilizar na elaboração do Projeto	- Teoria das Transições (Afaf Meleis) - Modelo de Parceria (Idalina Gomes).	Método expositivo	Computador projeção em LCD	5min
- Refletir sobre as estratégias de mudança nas práticas da equipa do Serviço promotoras de um acolhimento personalizado.	- Análise dos conhecimentos e das práticas da equipa relativamente ao Acolhimento.	Método expositivo Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador projeção em LCD	15 min
- Dar a conhecer algumas necessidades dos Familiares em contexto de UCI.	- Necessidades dos Familiares em contexto de UCI na generalidade.	Método expositivo	Computador projeção em LCD	3 min

### **Avaliação:**

#### **Questionário:**

1- Que grau de importância atribuiu aos conteúdos adquiridos na Formação, para a sua prática diária?

Nada importante\_\_\_ Pouco importante\_\_\_ Importante\_\_\_ Muito importante\_\_\_

2- Identifique que Modelos Teóricos de Enfermagem vão ser utilizados na elaboração do Projeto de estágio?

3- Identifique pelo menos duas necessidades dos familiares em contexto de UCI?

4- Classifique a capacidade de exposição, clareza e domínio do formador em relação às temáticas elaboradas?

## PROJETO DE ESTÁGIO

### NECESSIDADES DOS FAMILIARES DA PESSOA IDOSA EM CONTEXTO DE UCI. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA

Docente: Prof.ª Idalina Gomes

Discente: Américo Fernando A. De A. Reis

Lisboa, 7 de Junho de 2016

1

### NECESSIDADES DOS FAMILIARES DA PESSOA IDOSA EM CONTEXTO DE UCI. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA

A ELABORAÇÃO DESTE PROJETO TEM COMO FINALIDADE,  
DESENVOLVER COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE  
EM ENFERMAGEM, NA ÁREA MEDICO CIRÚRGICA NA VERTENTE  
DA PESSOA IDOSA

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA VERTENTE DA PESSOA IDOSA

2

## Competências do Enfermeiro Especialista e Mestre

### Competências Comuns de Enfermeiro Especialista OE (2011)

- Responsabilidade profissional, ético, legal
- Melhoria qualidade
- Gestão cuidados
- Desenvolvimento de aprendizagens profissionais

### Competências de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa idosa ESEL (2015)

- Cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra hospitalar

### Competências de enfermeiro Mestre ESEL (2014)

- Análise:
  - Conhecimento que sustenta a prática de enfermagem;
  - Dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem;
- Desenvolvimento projetos que promovam a reflexão e questionamento de práticas e concepções de enfermagem e processos de inovação.

3

## SUMÁRIO

### REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA VERTENTE DA PESSOA IDOSA

4

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



### TEORIA DAS TRANSIÇÕES

- A Transição traduz a passagem de uma fase, condição ou estado para outra fase. Está associada a processos de desenvolvimento, situações de vida ou acontecimentos de saúde/doença.

(Chilick, N.; Meleis, A. 1986)

- Os enfermeiros tem a possibilidade de influenciar os processos de transição se a sua intervenção se centrar na Pessoa, na Família e nas suas necessidades.

(Meleis, A. et al 2000)

A FAMÍLIA PODE ESTAR NUM PROCESSO DE TRANSIÇÃO QUANDO O SEU FAMILIAR ESTÁ INTERNADO, PODENDO ESTA ESTAR VULNERÁVEL E NUM PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA OU SITUACIONAL. NESTE CONTEXTO A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PODE E DEVE SER EFICAZ.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



### MODELO DE PARCERIA

Na construção de um processo de parceria num contexto de vulnerabilidade é condição estrutural ver a pessoa idosa e a família como ser de projeto e de cuidados e ter tempo para estabelecer uma relação de qualidade. A Parceria tem como objetivo assegurar o cuidado do outro, permitindo-lhe assumir o controle do seu projeto de vida

(Gomes 2009)

#### Processo de Parceria:

- 1- Revelar-se
- 2- Envolver-se
- 3- Capacitar e Possibilitar
- 4- Comprometer-se
- 5- Assumir o controle de Si

Gomes 2009

O ENFERMEIRO TEM A POSSIBILIDADE DE TRABALHAR EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE UCI, COMO SER DE PROJETO, ESTABELECENDO UMA RELAÇÃO DE QUALIDADE COM O OBJECTIVO DESSA FAMÍLIA CONTINUAR O SEU PROJETO DE VIDA

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



- O envelhecimento é um processo complexo e dinâmico, que ocorre ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte.

(Lima, 2010)

- A população idosa mantém uma tendência crescente.
- A esperança média de vida atual é de 83,0 anos para o sexo feminino e de 77,2 anos para o sexo masculino.
- O Síndrome de Fragilidade é uma vulnerabilidade fisiológica associada ao envelhecimento resultante de uma reserva homeostática reduzida e uma dificuldade do organismo em responder adequadamente ao stress, é um conjunto de declínios através de múltiplos sistemas que são altamente prevalentes na população idosa e associadas a graves consequências.

(Fried e Walston 2001)

Os Idosos são o grupo etário que tem internamentos mais frequentes e mais prolongados. 10 vezes superior à média nos grupos mais jovens e aumenta em idosos com mais de 75 anos.

(Lourenço et al 1995, citado por Carvalho, 2014)

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



- A Família, é quem os seus membros dizem que são.

(Wright & Leahy 2002)

- É o local onde nascemos crescemos e morremos, ainda que, nesse percurso, exista a possibilidade de se ir tendo mais que uma família.

(Alarcão, 2000)

- A CIPE2 define-a como uma unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes. (OE. 2011)

- No entanto, os laços afetivos, sentimentos de reciprocidade e de dever moral da família continuam a ser referencia na responsabilidade de cuidar do idoso.

(Carvalho, 2014)



## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



➤ O internamento numa UCI muitas vezes é um acontecimento súbito, perante o qual a família não tem um período de tempo adequado para se adaptar, constituindo, para o doente e família, uma experiência stressante. (Pardavila Belio & Vivar, 2011)



É um local onde a tecnologia e a efetividade prática por vezes tomam preponderância sobre as relações humanas.



O equipamento tecnológico, os ruídos, a gravidade da doença, causam sentimentos de medo, incerteza, choque, dúvida e ansiedade.



No Idoso e Família esses medos são intensificados, porque o internamento em UCI, evidencia maior gravidade e possibilidade de morte (Martins, J. e Nascimento, P., 2005)



➤ A família pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar, o que desencadeia diferentes tipos de necessidades (Campos, 2014)

7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa

9

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



### NECESSIDADES DOS FAMILIARES EM UCI

Definição de necessidade é entendida como um estado de carência que é preciso ultrapassar e satisfazer, considerando a globalidade da pessoa, num contexto determinado, que leva à ação e cuja satisfação é geralmente factor de motivação. (Watson, 1988; Meleis, 2007), citados por Carvalho, 2014)

- Obter respostas com sinceridade
- Conhecer o prognóstico
- Sentir que a equipa de saúde está preocupada com o seu paciente
- Ter a certeza de que os melhores cuidados estão sendo garantidos
- Uso de um vocabulário que seja entendível pelos familiares
- Receber informações diárias
- Saber com precisão o que está a ser feito
- Saber factos específicos relacionados com o estado
- Ter a certeza de que o melhor tratamento está sendo dado
- Saber porque determinados actos foram efetuados (Fortunatti, 2014)

10

## Plano de Trabalho e Métodos Justificação do Problema



✓ Observei de uma forma informal alguns momentos de interação enfermeiro família durante o período de visitas em que os enfermeiros encaminhavam rapidamente os familiares da pessoa idosa para o médico assistente sem procurarem identificar quais as suas necessidades

✓ De uma forma geral os enfermeiros não efetuam uma intervenção estruturada no acompanhamento dos familiares da pessoa idosa durante o internamento com vista à satisfação das suas necessidades

✓ Apesar de existir um Guia orientador de Acolhimento Familiar



No entanto:



- A forma como se identificam as necessidades dos familiares da pessoa idosa é inexistente e os registos de enfermagem são escassos
- Existe o desejo de melhorar a intervenção de enfermagem aos familiares da pessoa idosa com vista a satisfazer as suas necessidades e desenvolver competências de perito

11

## Plano de Trabalho e Métodos Justificação do Problema



- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Contexto<br/>Cuidados saúde Primários (UCC do [ ])</li> <li>➤ Participantes<br/>Famíliares de Pessoa idosas<br/>Equipa de enfermagem</li> <li>➤ Instrumento colheita de dados<br/>Notas de campo<br/>Grelha de análise registos de enfermagem<br/>Escala de avaliação de familiares de pessoas idosas<br/>Entrevistas a familiares de pessoas idosas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Considerações éticas<br/>Anonimato e confidencialidade<br/>Autodeterminação<br/>Intimidade<br/>Proteção contra o desconforto e prejuízo<br/>Tratamento justo e equitativo</li> <li>➤ Recursos:<br/>Organização tempo/espço<br/>Material informático<br/>Material registo escrito<br/>Escala de avaliação multidimensional</li> </ul> |
|--|---|

7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa

12



## Plano de Trabalho e Métodos Justificação do Problema



### Metodologia de Projeto

Centra-se na resolução de problemas e, através desta, adquire capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real.

### Pressupõe as etapas:

- Diagnóstico de Situação
- Planeamento
- Execução
- Avaliação
- Divulgação

Ruivo, Ferrito & Nunes (2010)

## OBJETIVOS GERAIS



Desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à família da pessoa idosa

Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem com vista a um acompanhamento estruturado dos familiares da pessoa idosa visando o Cuidado de Si

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aprofundar conhecimentos sobre Família, Idoso, Necessidades dos familiares da pessoa idosa em contexto de UCI.
- Aprofundar conhecimentos sobre o Modelo de Parceria na promoção do Cuidado de si.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem no acompanhamento estruturado dos familiares da pessoa idosa visando o cuidado de si.
- Promover o trabalho em parceria na Equipa Multidisciplinar no acompanhamento dos familiares do idoso durante o internamento na UCI.
- Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados aos familiares da pessoa idosa promovendo o cuidado de si em parceria na UCAPO/UCIMCR do Hospital de [redacted]
- Observar o acompanhamento dos familiares cuidadores da pessoa idosa pela Equipa de Enfermagem da UCC do Lumiar na transição Hospital/ Domicílio.
- Identificar quais as necessidades dos familiares cuidadores da pessoa idosa na Transição Hospital/ Domicílio através da Equipa de Enfermagem da UCC.


## LOCAIS DE ESTÁGIO



➤ [redacted] / Hospital [redacted] / UCC [redacted]  
DURAÇÃO: 16 SEMANAS

➤ UCC do [redacted]  
DURAÇÃO: 4 SEMANAS

**CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO**



❖ Clientes pertencem maioritariamente à faixa etária adulto/idoso.

❖ Proveniência: Do Serviço de [ ] em particular, do Hospital em situação de necessidade de cuidados especializados e de outros Hospitais quando os doentes necessitam de cuidados do foro da C. [ ] ou esgotam as suas capacidades em vagas de UCI

❖ Espaço Físico: UCAPO: 6 CAMAS + UCIMCR: 4 CAMAS

❖ Recursos Humanos  
 Equipa Multidisciplinar: 21 enfermeiros, 2 médicos fixos mais 6 rotativos, 9 assistentes operacionais, 1 secretário de unidade. Dão apoio: médicos de outras especialidades, fisioterapeutas, nutricionistas e outros técnicos quando necessário.

7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa

17

OBJECTIVO GERAL: Desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à família da pessoa idosa.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<input type="checkbox"/> Aprofundar conhecimentos sobre Família, Pessoa Idosa, Necessidades dos Familiares da pessoa idosa em contexto de UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisão Narrativa</li> <li>Revisão Scoping sobre as necessidades dos Familiares da pessoa Idosa em contexto de UCI (Biblioteca, Base de dados)</li> <li>Análise da intervenção do enfermeiro às necessidades dos familiares da Pessoa Idosa, em contexto em contexto de UCI</li> <li>Reuniões de orientação tutorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliações do nível de desenvolvimento (formativas e finais)</li> <li>Elaboração de Protocolo de Scoping</li> <li>Resultados do Protocolo</li> <li>Reflexões sobre as aprendizagens realizadas</li> <li>Registos reflexivos sobre as reuniões tutoriais</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Aprofundar conhecimentos sobre o Modelo de Parceria na promoção do Cuidado de Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construção de um Instrumento de Colheita de dados com indicadores que permitam desenvolver um trabalho em parceria</li> <li>Reuniões de orientação tutorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliações do nível de desenvolvimento (formativas e finais)</li> <li>Registos reflexivos sobre as reuniões tutoriais</li> </ul>

OBJECTIVO GERAL: Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem com vista a um acompanhamento estruturado dos Familiares da Pessoa Idosa, visando o Cuidado de Si.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<input type="checkbox"/> Contribuir para o desenvolvimento de competências da Equipa de Enfermagem no acompanhamento estruturado dos Familiares da pessoa idosa visando o Cuidado de Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniões formais e informais de apresentação do projeto e envolvendo a Equipa de Enfermagem</li> <li>Reuniões com a equipa de enfermagem para:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão e seleção de estratégias/tempo para a implementação do projeto e indicadores de avaliação</li> <li>- Atribuição de atividades/enfermeiro</li> </ul> </li> <li>Elaboração de Folheto sobre o acompanhamento da Família em Contexto de UCI com o envolvimento da Equipa de Enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registo/ata sobre as reuniões, estratégias definidas, sugestões e envolvimento dos elementos da equipa</li> <li>Reflexões de aprendizagem (autodesenvolvimento/ análise da prática clínica: própria e a dos outros/ fundamentação)</li> <li>Elaboração de Folheto concluído</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Promover o trabalho em parceria na Equipa Multidisciplinar no acompanhamento dos Familiares do idoso durante o internamento na UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunião com a Equipa Médica para apresentar o Projeto</li> <li>Reuniões informais com a Equipa Médica no âmbito do acompanhamento dos Familiares do Idoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sessão de apresentação do Projeto</li> <li>Realização de acta da Reuniões</li> </ul>

OBJECTIVO GERAL: Desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à família da pessoa idosa.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<input type="checkbox"/> Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados aos familiares da pessoa idosa promovendo o cuidado de si em parceria na UCAPO/UCIMCR do Hospital de Santa Maria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de estágio no HOSPITAL de [ ] VALENTE na UCAPO/UCIMCR de 26-09-16 a 13-01-2017</li> <li>Realização de entrevistas para conhecer as necessidades dos Familiares da pessoa idosa em contexto de UCI</li> <li>Identificação do Familiar de referência</li> <li>Prestação de cuidados de enfermagem avançada em parceria com a Família da pessoa idosa</li> <li>Colheita de dados de acordo com o Instrumento realizado no Modelo de Parceria</li> <li>Avaliação multidimensional da Família da pessoa idosa (instrumentos avaliação)</li> <li>Reuniões de orientação tutorial</li> <li>Reuniões com enfermeiros para analisar e refletir as práticas de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliações do nível de desenvolvimento pelos orientadores (formativas e finais)</li> <li>Quais as necessidades identificadas</li> <li>Qual o familiar identificado</li> <li>Reflexões de aprendizagem (autodesenvolvimento e análise da prática clínica: própria e a dos outros/Fundamentação)</li> <li>Utilização do Instrumento de Colheita de Dados</li> <li>Estudo de caso</li> <li>Realização de reflexões sobre a forma como se envolve com a Família para promover o Cuidado de Si</li> <li>Registos reflexivos sobre as reuniões</li> </ul>

**OBJETIVO GERAL:** Desenvolver competências como enfermeiro especialista, em parceria, na promoção de cuidados à família da pessoa idosa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<input type="checkbox"/> Observar o acompanhamento dos Familiares do Idoso pela Equipe de Enfermagem da UCC, atuar na transição Hospital/ Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de estágio na UCC de 16-01-17 a 10-02-2017</li> <li>Identificação das práticas que os enfermeiros efetuam no acompanhamento dos Familiares do idoso na Comunidade</li> <li>Identificação do familiar de referência da pessoa idosa</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> Reflexões de aprendizagem (autodesenvolvimento e análise da prática clínica: própria e a dos outros.Fundamentação)
<input type="checkbox"/> Identificar quais as necessidades dos Familiares da pessoa idosa na Transição Hospital/ Domicílio através da Equipe de Enfermagem da UCC do L...	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de entrevistas informais para conhecer as necessidades dos Familiares do idoso</li> <li>Avaliação multidimensional da Família da pessoa idosa (instrumentos avaliação)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Reflexões de aprendizagem (autodesenvolvimento e análise da prática clínica: própria e a dos outros.Fundamentação)  <input checked="" type="checkbox"/> Utilização do Instrumento de Coleta de Dados <input checked="" type="checkbox"/> Estudo de caso

PROJETO			
Análise Swot		Na conquista do objetivo	
		Ajuda	Dificulta
Origem do fator	Interna (serviço)	<b>Forças</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho equipa</li> <li>• Equipa jovem</li> <li>• Equipa motivada</li> <li>• Motivação para a mudança</li> <li>• Estágio no contexto trabalho</li> <li>• Pertinência e a metodologia do trabalho</li> </ul>	<b>Fraquezas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha conjunta do espaço da UCI com a UCAPO</li> <li>• Simultaneidade de atividades</li> <li>• Dificuldades atuais com recursos humanos</li> </ul>
	Externa (ambiente)	<b>Oportunidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percurso académico</li> <li>• Acompanhamento trabalho projeto: colegas e orientadores</li> <li>• Orientação tutorial</li> </ul>	<b>Ameaças</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A pessoa idosa nem sempre é a maioria da população na UCI</li> <li>• Tempo limitado p/ desenvolver o projeto</li> <li>• Mudanças institucionais permanentes</li> <li>• Inexistência de práticas estruturadas para o acompanhamento dos familiares na UCI</li> </ul>

[illegible]

**BIBLIOGRAFIA**

- Alarico, M. (2000). *(Idas) Exatitudes Familiares*. Coimbra: Editora Quetzco, p. 33.
- Chikri, N., Malica, A. (1996) – Transitions: a nursing concern. In P.L. Chien (Ed.), *Nursing research methodology*, pp. 237-251. Boulder, CO: Argen Publication.
- Acredito em 13-05-2016. Disponível em <http://www.arxiv.org/pdf/1305.0001v1>.
- Cunha, S. (2014). *Noctuidade da Família em Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado da Universidade do Porto. Acedido em 16-05-2016. Disponível em: <https://repositorio.up.pt/bitstream/handle/10216/104343>.
- Cardoso, J., & Costa, J. (2010). Características epidemiológicas, organizacionais e fatores associados em idosos do um plano de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6), 2871-78. Acedido em 23-06-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo/pdf/csc/1506/15062871.pdf>.
- Carvalho, R. (2014). *Cuidado do Idoso: Uma prática em construção*. Lisboa: Casa de Leis, Lda.
- Cruy, S. (1995). *Identificação das necessidades e das dificuldades dos famílias de doentes em UCI Nursing*, n°4, p.263-8.
- Dicionário de Língua Portuguesa (2015). Acordo Ortográfico. O Amor e o Desejo. Porto Editores. Acedido em 16-05-2016. Disponível em: <http://www.dicionarionline.com/palavra/portuguesa/novoacordo/>.
- ESEI. (2014). *Relatório de Atividades*. 2014. Acedido a 24/04/2016. Disponível em: [http://www.esel.pt/Nr/Content.aspx?ESB5330-025&A=EC&F&E=025312021DF/4812cng...en\\_02\\_2014.pdf](http://www.esel.pt/Nr/Content.aspx?ESB5330-025&A=EC&F&E=025312021DF/4812cng...en_02_2014.pdf).
- ESEL (2015). Documento orientador Opção II Estágio no letivo 2015/2016. "Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem em Área de Especialização em Enfermagem Médica-Cirurgia Ventroto Parasitologia". Lisboa: ESEL.
- Fried, L., Tangen, M., Walston, J., Newman, A., Kiehl, C., Goodwin, J., et al. Frailty in Older Adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol* (2001). 56(3):246-56. Acedido em 20-06-2016. Disponível em: <http://biomedicine.lanl.gov/info/journals/esel/vol56/3/146.full.pdf.html>.
- FULMER, T. (2001). The Geriatric Nurse Specialist Role: A New Model. *Nursing Management*, 22(3), 91-93. Acedido a 29/05/2015. Disponível em: [http://www.researchgate.net/publication/11232677\\_the\\_Geriatric\\_Nurse\\_Specialist\\_Role\\_A\\_New\\_Model](http://www.researchgate.net/publication/11232677_the_Geriatric_Nurse_Specialist_Role_A_New_Model).
- Fulmer, T. (2007). How to try this Fulmer SPICES. *ANN*, 107(10), 40-48. Acedido a 28/05-2016. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/5474243>.
- Fulmer, T. (2012). Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. Acedido a 28/05-2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/2611232677\\_the\\_Geriatric\\_Nurse\\_Specialist\\_Role\\_A\\_New\\_Model](https://www.researchgate.net/publication/2611232677_the_Geriatric_Nurse_Specialist_Role_A_New_Model).
- Gomes, I. D. (2009). *CUIDADO DE SI À NATUREZA DA PARCERIA ENTRE O ENFERMEIRO E O DOENTE IDOSO NO DOMICÍLIO*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de doutor. Instituto de Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 06/05/2016. Disponível em: <http://www.ucp.pt/bitstream/10467.1/43800/4/Tese%20ID%20Gomes.pdf>.

## BIBLIOGRAFIA

- [illegible]

# OBRIGADO

## **AVALIAÇÃO DOS DADOS RECOLHIDOS SOBRE A FORMAÇÃO**

Foram realizadas 7 ações de formação para apresentação à equipa de enfermagem do Projeto de estágio entre o dia 27 de Setembro e o dia 10 de Outubro. Foi apresentado Projeto de estágio à equipa médica em duas sessões.

A Equipa de enfermagem é constituída por 20 enfermeiros.

A equipa médica é constituída por dois elementos fixos diariamente das 9 às 16h e por 5 elementos que fazem urgências das 16h às 9 horas da manhã do dia seguinte. O Projeto foi apresentado à totalidade dos enfermeiros e aos dois elementos fixos da equipa médica mais dois elementos rotativos.

### **1- Relativamente ao grau de importância que atribuiu aos conteúdos da formação:**

- Atribuíram grau de importante: **6 elementos. (30%)**
- Atribuíram grau de muito importante: **14 elementos. (70%)**

### **2- Relativamente à identificação dos Modelos Teóricos a utilizar no Projeto:**

- Identificaram os modelos Teóricos (Parceria e Teoria de transição): **19 elementos. (95%).**
- Apenas referiu o Modelo de parceria: **1 Elemento. (5 %).**

### **3- Relativamente à identificação de pelo menos duas necessidades dos familiares durante o internamento os resultados foram os seguintes:**

- Informações diárias sobre o estado clínico do doente. **(13 vezes referido)**
- Informações sobre os procedimentos efectuados. **(1 vez referido).**
- Informação sobre o tempo de internamento em contexto de evolução clínica positiva: **(1 vez referido).**
- Visita de acordo com os horários dos familiares. **(1 vez referido).**
- Informação sobre o conhecimento do diagnóstico e prognóstico. **(10 vezes referido).**
- Necessidade de apoio psicológico. **(2 vezes referido).**
- Informação sobre o acompanhamento pós alta: **(1 vez referido).**



- Informação sobre o acompanhamento do doente: **(1 vez referido)**.
- Necessidade de saber o que se está a fazer ao seu familiar: **(1 vez referido)**.
- Necessidade de horários flexíveis para a visita: **(3 vezes referido)**.
- Necessidade de receber respostas sinceras: **(2 vezes referido)**.
- Necessidade de informação sobre o estado de evolução: **(1 vez referido)**.
- Necessidade de saber que o seu familiar está a receber os melhores cuidados: **(1 vez referido)**.
- Que o melhor tratamento está a ser dado ao seu familiar: **(1 vez referido)**.
- Uso de vocabulário acessível e perceptível: **(1 vez referido)**.
- Necessidade que a informação reflita a realidade da situação do doente: **(1 vez referido)**.

**4- Relativamente à capacidade de exposição, clareza e domínio do formador em relação à temática apresentada:**

- Grau de exposição- Muito Bom: **Referido por 16 elementos. (80%).**
- Grau de exposição- Bom: **Referido por 4 elementos. (20%)**

No fim da sessão formativa e após um trabalho conjunto de reflexão junto da equipa de enfermagem, esta reconheceu que era de muita importância a temática do Projeto conforme se pode ver nos resultados obtidos na pergunta 1.

Praticamente toda a equipa de enfermagem identificou os Modelos Teóricos a adotar na consecução do Projeto e por outro lado permitiu consciencializar para a necessidade da utilização de modelos teóricos na prática de enfermagem.

Foram várias as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem na apresentação do Projeto o que foi interessante porque permitiu conhecer quais as necessidades que para os diversos elementos da equipa seriam mais importantes. Deram mais ênfase às Informações diárias sobre o estado clínico do doente e sobre o conhecimento do diagnóstico e prognóstico do seu familiar. De salientar que este tipo de informações não está no âmbito das competências da equipa de enfermagem o que permite colocar em destaque a necessidade de colocar em prática este Projeto. Por fim, relativamente à capacidade de exposição, clareza e domínio do formador em relação à temática apresentada os resultados foram perfeitamente alcançados conforme se verifica na pergunta 4.

**APÊNDICE XIII – Ação de Formação realizada sobre o Acolhimento  
ao doente e família na UCAPO/UCIMCR**

CENTRO HOSPITALAR

# Acolhimento ao Doente/Família na U

Américo Reis  
Paula Reis  
Rute Reis

18 de Outubro de 2016


CENTRO HOSPITALAR

## Acolhimento ao Doente/Família na

### Objetivos:

- Apresentar/Relembrar a norma de "Acolhimento familiar em internamento na U

CENTRO HOSPITALAR




## FAMÍLIA

- Família "é quem seus membros dizem que são" (Wright & Leakey, 2002)
- É o local onde nascemos crescemos e morremos, ainda que, nesse percurso, exista a possibilidade de se ir tendo mais que uma família. (Wright & Leakey, 2002)
- É o local onde nascemos crescemos e morremos, ainda que, nesse percurso, exista a possibilidade de se ir tendo mais que uma família. (Alarcão, 2000)
- A CIPE2 define-a como uma unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consaguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes. (OE, 2011)

CENTRO HOSPITALAR

## FAMÍLIA



- Cuidar da família é percecionado como uma atividade suplementar e bastante exigente. (Kaskires, Gedaly-Duff, Coelho, & Hanson, 2010)

"Entende-se por visita, todo aquele que se desloque ao HCSA com o objectivo de visita de um doente internado"

(Regulamento interno das visitas e acompanhantes de doentes internado, 2006)



## FAMÍLIA



“Acompanhante é aquele que sendo ou não familiar do doente é por este escolhido para o acompanhar durante o período de internamento”

(Regulamento interno das visitas e acompanhantes de doentes internados, HSM, 2006)

Cuidar da família é percebido como uma atividade suplementar e bastante exigente.

(Kaakinen, Gedaly-Duff, Cooble, & Hanson, 2010)

COMO ENFERMEIROS TEMOS O DEVER DE ACOLHÊ-LOS, ATENDÊ-LOS NAS SUAS NECESSIDADES E TAMBÉM COMPREENDER A FAMÍLIA COMO ELEMENTO INTEGRANTE DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.

## Acolhimento ao Doente/Família na [ ]

Norma de “Acompanhamento familiar em internamento na UCI” revista em 2009



Enfermeiro chefe de equipa prepara o familiar para o ambiente tecnológico, para a situação do doente e a sua aparência (monitorização, presença de drenos, sondas)



Primeiro contacto do familiar, à porta do serviço, é com o AO e na maioria das vezes este acaba por acompanhar o familiar à unidade do doente sem que tenha havido uma preparação prévia pelo enfermeiro junto da família

PROJETO : Necessidades dos familiares da pessoa idosa em contexto de UCI. Intervenção de enfermagem em parceria.

PROJETO: Necessidades dos familiares da pessoa idosa em contexto de UCI. Intervenção de enfermagem em parceria.

Participantes no Estudo : Enfermeiros do serviço

Período de tempo que se avalia: 1 de Março de 2016 a 31 de Maio 2016

### Fonte de dados

- Observação através de Check-list baseada na Norma existente no serviço do Acolhimento à Família/Pessoa Significativa
- Registos de Enfermagem

### Tipo de Avaliação

- Interna
  - Inter-pares: enfermeiros elos de ligação do projecto

PROJETO: Necessidades dos familiares da pessoa idosa em contexto de UCI. Intervenção de enfermagem em parceria.

### Colheita de dados

- Enfermeiros: Os elos de ligação do projecto.

### Relação temporal

- Avaliação concorrente

### Seleção da amostra

- Amostra selectiva: 80% dos enfermeiros do Serviço

## Critérios de avaliação

## • Critérios explícitos - normativos

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
<p>1. Todos os enfermeiros cumprem a norma de acolhimento à família</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atendimento do familiar à porta do serviço, colhendo o nome da pessoa que pretende fazer a visita.</li> <li>Transmissão da informação colhida ao enfermeiro chefe de equipa e/ou enfermeiro responsável pelo doente.</li> <li>O enfermeiro chefe de equipa deverá em conjunto com enfermeiro responsável pelo doente gerir o acompanhamento familiar na UCAPO.</li> <li>O enfermeiro responsável pelo doente ou o enfermeiro chefe de equipa deverá questionar o doente sobre a sua vontade, relativamente à recepção dos familiares que o aguardam para o visitar.</li> <li>A decisão sobre quem visitará o doente fundamenta-se na sua vontade e na avaliação realizada pelo enfermeiro responsável sobre a situação clínica do mesmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doente que não pretende receber os familiares: o Enfermeiro chefe de equipa e/ou o enfermeiro responsável pelo doente deverão gerir a situação, informando a família sobre o motivo pelo qual não é permitida a visita. Deverão ser utilizadas técnicas de comunicação, que permitam evitar o conflito dirigido ao profissional de</li> </ul>	<p>Checklist de observação dos registos de enfermagem</p> <p>Plano de formação</p>

- De acordo com o que se decida anteriormente, o enfermeiro chefe de equipa deverá informar os familiares/pessoas significativas sobre quem poderá entrar, dando breves informações sobre o doente;
- O enfermeiro chefe de equipa deverá ainda preparar o familiar para o ambiente tecnológico, natural neste tipo de Unidades, como também para a situação do doente e a sua aparência (monitorização, presença de drenos e sondas);
- Posteriormente o assistente operacional poderá acompanhar os familiares indicados pelo enfermeiro chefe de equipa até à unidade do doente, (ajuda família nas precauções de prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde, descontaminação das mãos, uso de

saúde que impede a entrada e o conflito entre familiares por ser recusada a visita;

- Às crianças (até aos 18anos) é permitido o acompanhamento permanente durante o internamento do pai e da mãe;

- Às crianças entre 16 e 18 anos

- bata e uso de máscara sempre que necessário);
- Deverá ser indicado aos familiares quem é o enfermeiro responsável pelo doente;
  - O enfermeiro responsável pelo doente deverá logo que tenha disponibilidade realizar o acolhimento personalizado e humanizado à família na unidade, fornecendo informações do ponto de vista da enfermagem e orientado a família na procura de informações que não são da sua competência;
  - Disponibilizar-se para ouvir e informar os familiares/pessoas significativas, manifestando as atitudes necessárias ao estabelecimento de uma relação de ajuda:
    - Aceitação e respeito pelo familiar;
    - Empatia;
    - Aplicação dos princípios de comunicação eficaz, tais como: a escuta activa, encorajamento à expressão de sentimentos, manifestação de segurança e confiança, atitudes congruentes e consistentes.

podem decidir sobre quem desejam que a acompanhe e até podem prescindir do acompanhamento se for esse o seu desejo;

- Às pessoas com deficiência é permitido o acompanhamento permanente do familiar/pessoa significativa;
- Aos doentes em fim de vida é permitido o acompanhamento permanente do

- Alertar o familiar para a eventual transferência para o serviço de origem;
- Esclarecer o familiar/pessoa significativa sobre as questões colocadas;
- Informar o familiar/pessoa significativa sobre as rotinas da Unidade, horários de visita e recursos de que o Hospital dispõe (assistente social, assistência religiosa, gabinete do utente). Fornecer o contacto telefónico directo da Unidade, e/ou Geral;
- Deverá ter-se especial atenção ao tipo de informações transmitidas por telefone, salvaguardando a confidencialidade sobre a situação do doente uma vez que não se reconhece fisicamente a pessoa com quem estamos a falar;
- Se o doente estiver inconsciente, o enfermeiro

familiar/pessoa significativa.

Sempre que o doente esteja consciente e capaz de se manifestar deve ser ele a decidir quem deseja que o acompanhe neste período, caso contrário o enfermeiro juntamente com a família a fazê-lo.

responsável pelo doente	deverá avaliar/compreender a interacção familiar reconhecendo o familiar/pessoa significativa de referência, permitindo a visita e incluí-lo na prestação de cuidados.		
• Os horários da visita deverão ser de acordo com a organização do serviço, o período ideal para receber os familiares na unidade é das 17h às 20h.			
• Serão permitidas duas visitas, uma de cada vez por um curto período de tempo;			
• Aos doentes dos cuidados intensivos é permitido que tenha a visita de duas pessoas em simultâneo e tem ainda um período de visita das 12h às 13h;			
• Fora deste período o enfermeiro responsável pelo doente deverá sempre que solicitado, transmitir informações aos familiares que se apresentam à porta da unidade, atenuando a sua preocupação e níveis de stress relacionadas com a ausência de informação.			
2. Todos os enfermeiros assistiram a formação sobre a norma de acolhimento à família.			
3. Todos os enfermeiros efectuam os registos de enfermagem sobre o acolhimento à família.			

## CHECK LIST DE OBSERVAÇÃO DA NORMA DE ACOlhIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA

Data:

Nr. de processo:

Enfermeiro (inicial):

	Sim	Não
Enfermeiro chefe de equipa em conjunto com o enfermeiro responsável pelo doente fazem a gestão do acompanhamento familiar na unidade		
Enfermeiro questiona o doente sobre a vontade deste em receber visita dos familiares (caso esteja consciente)		
Enfermeiro prepara previamente o familiar para o ambiente tecnológico, situação do doente e aparência deste		
Enfermeiro responsável pelo doente realiza o acolhimento personalizado e humanizado à família junto da unidade do doente		
Enfermeiro mostra-se disponível para ouvir e informar os familiares		
Enfermeiro fornece contacto telefónico, informa sobre os custos do serviço e o horário das visitas		
Inclusão de registo de enfermagem relativamente à família no processo clínico		

Período de observação: de 1 Março a 31 Maio de 2016

## Seleccção da amostra

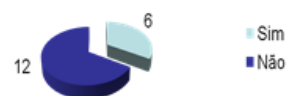
Amostra selectiva: 80% dos enfermeiros do Serviço (18 Enfermeiros)

## Resultados:

## Gestão do acompanhamento familiar na unidade



## Questiona sobre a vontade de receber visitas

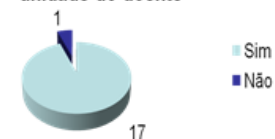


## Resultados:

## Prepara previamente o familiar



## Realiza o acolhimento junto da unidade do doente



**Resultados:**

**Mostra-se disponível para  
ouvir e informar**



**Fornece contacto telefónico**



**Resultados:**

**Inclusão de registos de  
enfermagem**



**BIBLIOGRAFIA**

- Alarcão, M. (2000). (des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Editora Quarteto, p. 35.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo: Roca.
- Norma de Procedimento. Acompanhamento de familiares em Internamento na UCAP/O
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (Regulamento interno das visitas e acompanhantes de doentes internado, HSM, 2006)
- Kaakinen, Gedaly-Duff, Coelho, & Hanson (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice & Research*. 4ª Edição. Acedido a 6/10/2016 Disponível em: <http://www.sbm.ufpr.br/uploads/FamilyHealthCare2010.Book.pdf>
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. IN: Percursos. Publicação da área disciplinar de enfermagem: ESSIP Setúbal. N.º 15. Março, ISSN:1646-5067

**OBRIGADO**

## **CHECK LIST DE OBSERVAÇÃO DA NORMA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA (Avaliação diagnóstica)**

1 - O enfermeiro chefe de equipa em conjunto com o enfermeiro responsável pelo doente fazem a gestão do acompanhamento do familiar na unidade	Sim	Não
2 - O enfermeiro questiona o doente sobre a vontade deste em receber visitas Dos familiares (caso esteja consciente).		
3 - O enfermeiro prepara previamente o familiar para o ambiente tecnológico, situação do doente e aparência deste.		
4 - O enfermeiro responsável pelo doente realiza o acolhimento personalizado e humanizado junto da unidade do doente.		
5 - O enfermeiro mostra-se disponível para ouvir e informar os familiares.		
6 - O enfermeiro fornece o contacto telefónico, informa sobre as rotinas do serviço e horário das visitas.		
7 - Inclusão de registos de enfermagem relativamente à família no processo clínico.		

A ação de formação foi apresentada tendo em conta a observação através de uma check list baseada na Norma de Acolhimento existente no serviço a 80 % dos enfermeiros, no período compreendido entre 1 de Março de 2016 e 31 de maio de 2016, com o objetivo de verificar se os procedimentos preconizados eram efetuados. Os resultados foram os seguintes:

- 18 Elementos correspondentes à totalidade da equipa efetuaram a gestão do acolhimento na unidade.

- 12 Elementos questionaram o doente sobre a vontade de receberem visitas e 6 elementos não efetuaram esse procedimento.

- 10 Elementos prepararam previamente o familiar para o aparato tecnológico existente no serviço, e 8 elementos não efetuaram esse procedimento.

- 17 Elementos realizaram o acolhimento junto da unidade do doente, e 1 elemento não efetuou esse procedimento.

- 18 Elementos correspondentes à totalidade da equipa mostraram-se disponíveis para ouvir e informar.

- 11 Elementos forneceram o contacto telefónico da unidade e 7 elementos não efetuaram esse procedimento.

- 18 Elementos correspondentes à totalidade da equipa efetuaram registos de enfermagem respeitantes ao acolhimento da família.

**APÊNDICE XIV – Ação de Formação com resultados das  
entrevistas: Necessidades dos Familiares Idosos das Pessoas  
Idosas em contexto de UCI**

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## HOSPITAL DA REGIÃO DE LISBOA UCI

### NECESSIDADES DOS FAMILIARES DA PESSOA IDOSA EM CONTEXTO DE UCI. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARCERIA

Docente: Prof.ª Idalina Gomes  
Orientadora de Estágio: Enf.ª Odete Mendes

Américo de Almeida Reis

Lisboa, 12 de Dezembro de 2016

1

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## OBJETIVO:

➔ APRESENTAR O RESULTADO DAS ENTREVISTAS EFETUADAS AOS FAMILIARES IDOSOS DAS PESSOAS IDOSAS, RELATIVAMENTE ÀS SUAS NECESSIDADES, EM CONTEXTO DE UCI.

2

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## METODOLOGIA

- ➔ **ENTREVISTAS AOS FAMILIARES:** Análise qualitativa, tipo descritivo.
- ➔ **LOCAL DO ESTUDO:** Hospital da região de Lisboa ➔ UCIMCR
- ➔ **CRITÉRIOS:** Familiares / Pessoas Significativas de Pessoas Idosas que estivessem internadas na UCIMCR
- ➔ **AMOSTRA:** 4 FAMILIARES IDOSOS DE PESSOAS IDOSAS
- ➔ **PERÍODO:** Entre 1 de Outubro e 30 de Novembro de 2016
- ➔ **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS:** Entrevistas semiestruturadas
- ➔ **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA VERTENTE DA PESSOA IDOSA

3

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Características Entrevistado nº	IDADE (UTENTE)	SEXO (UTENTE)	IDADE (Pessoa Significativa)	SEXO (Pessoa Significativa)	GRAU DE AFINIDADE	HABILITAÇÃO E LITERARIAS	DIAGNÓSTICO
1	88 A	F	86 A	F	Filha	7º Ano	Descompensação cardíaca
2	89 A	F	76 A	F	Irmã	4ª Classe	Hipertensão Pulmonar grave
3	86 A	F	87 A	F	Irmã	4ª Classe	Neoplasia do Pulmão
4	79 A	M	77 A	F	Esposa	4ª Classe	Derrame Pericárdico

7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA VERTENTE DA PESSOA IDOSA

4



## EMERGIRAM 7 CATEGORIAS:

- ➡ Informação;
- ➡ Acolhimento;
- ➡ Confiança;
- ➡ Segurança;
- ➡ Conforto Emocional;
- ➡ Suporte;
- ➡ Proximidade.

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
- Informação fornecida pela equipa médica (Cat. Informação)	- A médica e a enfermeira prestaram todas as informações	A4 (1)
	- Está bem senhor enfermeiro ... nós queríamos falar com o médico também ... obrigada ...	B (8)
- Informação fornecida pela equipa enfermagem (Cat. Informação)	- A (...) e a enfermeira prestaram todas as informações	A (1)
	(...) Eles deram as informações corretas...que a operação tinha corrido bem...e que estava estável.	C (15)
- Disponibilidade para dar informação	Sim acho que sim ... os enfermeiros tentam dizer tudo ...	B (8)
- Informação compreensível	- (...) foi o seu colega ele explicou de uma forma simples...a situação do meu marido	D (20)

- Informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (Cat. informação).	os enfermeiros explicaram...quando eu entrei disseram para eu passar as mãos por aquele líquido azul ... e à saída também...	C (18)
Informação sobre o horário de visitas (Cat. Informação)	- Sim senhor ... disseram-me que era das 17.00h às 20.00h. (...) Quando nos dirigimos aqui, o enfermeiro também explicou que era a partir das 17.00h, duas pessoas, até às oito da noite.	B (8) C (15)
- Informação por telefone (Cat. Informação)	- (...) Se fosse importante gostávamos de saber logo sim... se pudessem telefonar ...	B (7)
Previsão da alta (categoria informação)	- (...) porque eu começo a pensar... que daqui a mais dia, menos dia pode sair para outro serviço (...)	A (2)

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
Que sejam os enfermeiros a dirigirem-se aos familiares. (Categoria acolhimento)	- (...) Eles estão lá dentro, eu é que peço... eu é que vou perguntar. (...)Quer dizer...eles estão lá...eu entro...eu é que vou perguntar. Eles estão a trabalhar.	A (1)
Que os enfermeiros se mostrem disponíveis para falar com os familiares. (Categoria acolhimento)	- (...) Eles estavam a trabalhar. Eu entendo, estão de volta da minha mãe (...)	A (1)
Horário de visitas flexível (Categoria acolhimento)	- (...) este horário para mim é um bocadinho pesado... eu vou já dizer ao senhor porquê...porque anoitece muito cedo agora, pois chego a casa muito tarde e eu tenho medo...	D (19)

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>Tempo de espera para visitar o seu familiar.</b> (Categoria acolhimento)	Sabe senhor enfermeiro quando vim com a minha irmã fiquei à espera... deixaram-me na entrada ...	B (5)
<b>Horário de visitas flexível</b> (Categoria acolhimento)	- (...) este horário para mim é um bocadinho pesado... eu vou já dizer ao senhor porque...porque anoitece muito cedo agora, pois chego a casa muito tarde e eu tenho medo...	D (19)

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>Que existe esperança</b> (Confiança)	- (...) Quando falo com o médico, sinto que existe evolução, é isso que me interessa (...)	A (2)
<b>Que o melhor tratamento está a ser dado ao seu familiar</b> (Confiança)	- (...) sinto que estão a fazer tudo o que podem pela minha mãe (...)	A (3)
<b>- Sentir-se acompanhada</b> (Confiança)	- Hoje sabe-me bem poder estar aqui com ela mais a minha irmã, junto dela ... sinto-me mais acompanhada ...	B (6)
<b>Sentir-se acompanhada</b> (Confiança)	- (...) quando vim sozinha fiquei meio atrapalhada (...)	D (21)

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>Saber atempadamente o estado de evolução</b> (Segurança)	(...) eu estava um bocado aflita... estive um bocado lá fora à espera...(...) não tínhamos informações...mas foi porque a operação demorou mais..	C (14)
<b>Saber que o familiar está a evoluir.</b> (Segurança)	- O senhor enfermeiro acha que a minha irmã vai ficar bem?	B (7)
<b>Saber a razão do estado actual de saúde</b> (Segurança)	- Sabe senhor enfermeiro gostava de saber porque razão é que ela ...sabe ... ela andava bem e de repente ficou cheia de febre ...	B (6)

SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	CÓDIGO
<b>Sentirem a simpatia dos profissionais</b> (Conforto Emocional)	- Vocês têm sido muito simpáticos ...	A (3)
<b>Terem a disponibilidade dos profissionais</b> (Conforto Emocional)	- Tem-me dado todas as informações quando peço. (...)	A (1)
<b>Ter respostas dadas com sinceridade</b> (Conforto Emocional)	- Senti que estão a ser verdadeiros comigo.	A (2)
<b>- Ambiente Acolhedor</b> (Conforto Emocional)	- Acho que está bom ...,é assim...está ótimo, até porque eu vou a outros hospitais e não são melhores do que este, pelo contrário.	C (17)

Que os encaminhem para outros profissionais de saúde (Suporte)	- (...) e se quisesse falar com o médico do meio dia à uma.	A8 (1)
	Nós já tivemos ajuda ... vinham trazer a comida ao almopo ... a senhora do centro de Saúde falou comigo.	B (7)
Uso Telemóvel (Suporte)	- (...) Eu até ia dar o telefone à minha mãe (...) mas a senhora enfermeira disse-me logo que não era permitido usar telemóvel.	A (3)
	Bem...é verdade se ele pudesse já podia ter ligado ao filho...o filho vive no Algarve...	C (17)
Divulgação de Serviços de Apoio. (Suporte).	Penso que seria importante...porque a pessoa pode precisar de levantar dinheiro... (Multibanco)	C (17)
Permanência do familiar junto do doente. (Proximidade)	{...} mas depois houve um enfermeiro que me foi lá chamar e depois fui para o pé dela.	B (5)

## PRINCIPAIS CONCLUSÕES:

**OS FAMILIARES SENTEM NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO**

- Informação fornecida pela equipa médica.
- Informação pela equipa de enfermagem
- Disponibilidade para dar informação
- Informação compreensível
- Informação sobre o horário de visita
- Informação pelo telefone
- Informação relativa às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.
- À previsão da alta.

## OS FAMILIARES SENTEM NECESSIDADE DE UM ACOLHIMENTO PERSONALISADO

- Que sejam os enfermeiros a dirigirem-se aos família
- Que os enfermeiros se mostrem disponíveis para falar com os familiares.
- Tempo de espera para visitar o seu familiar.
- Horário de visitas flexível.

## OS FAMILIARES NECESSITAM DE TER CONFIANÇA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Que existe esperança.
- Que o melhor tratamento está a ser dado ao seu familiar.
- Sentirem-se acompanhados.

## OS FAMILIARES NECESSITAM DE SEGURANÇA

- Saber atempadamente o estado de evolução.
- Saber que o familiar está a evoluir.
- Saber a razão do estado atual de saúde.

## OS FAMILIARES NECESSITAM DE CONFORTO EMOCIONAL

- Sentirem a simpatia dos profissionais.
- Terem a disponibilidade dos profissionais.
- Terem respostas dadas com sinceridade.
- Ambiente Acolhedor.





**APÊNDICE XV – Norma de Acolhimento/ Acompanhamento do  
Familiar/Pessoa Significativa em internamento na UCIMCR**

<div> <div></div> <div>UCIMCR</div> </div> <div> <div></div> <div>Unidade de Cuidados Intensivos <del>Medico-cirurgicos Respiratorios</del></div> </div>	
<b>NORMA - Norma de acolhimento/acompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na UCIMCR</b>	
<b>Elaborado por:</b> Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Aprovado em:  Enf.ª Directora
	Novembro de 2016 Próxima Revisão Janeiro de 2019

## 1. Objectivo

Uniformizar procedimentos relativos ao acolhimento da família/pessoa significativa.

Humanizar a prestação de cuidados na UCIMCR, prestando cuidados centrados no utente e família/pessoa significativa, utilizando como recurso as atitudes necessárias ao estabelecimento de uma relação de ajuda.

## 2. Âmbito

Aplica-se aos enfermeiros e assistentes operacionais da UCIMCR.

## 3. Descrição

O termo família, designa uma variedade de formas de organização da vida em comum, as quais são diferenciadas em função dos contextos históricos, sociais e culturais em que se registam. A CIPE 2 define-a como uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes (OE, 2011).


Considera-se a pessoa de referência o acompanhante que sendo ou não familiar do utente, é por este escolhido para o acompanhar durante o período de internamento.

A família/pessoa significativa bem informada tem uma maior compreensão sobre o internamento, tem capacidade de desenvolver estratégias de *coping* e apresenta um menor nível de stress, pelo que é essencial que esteja ao corrente da evolução clínica do seu ente querido.

A equipa de enfermagem deve tentar manter ou recuperar o sentimento de autocontrolo do utente e família, ter um papel preponderante transmitindo compreensão e confiança, ajudando os familiares a verbalizar as suas questões, medos e receios.

O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro, utente e família/ pessoa significativa, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. (Figueiredo, 2012). O enfermeiro através das suas competências relacionais reconhece as necessidades da unidade familiar e planeia, com a sua colaboração, as intervenções de enfermagem. O acolhimento à família/pessoa significativa de um utente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos é de extrema importância e determinante na relação terapêutica.

O acolhimento é um processo contínuo que deve envolver toda a equipa de saúde da UCIMCR e criar o espaço necessário à interação genuína que alicerça a relação entre os intervenientes no processo de cuidar.

		<b>UCIMCR</b> <b>Unidade de Cuidados Intensivos</b>
<b>NORMA - Norma de acolhimento/accompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na UCIMCR</b>		<b>Aprovado em:</b>  <b>Enf.ª Directora</b>
<b>Elaborado por:</b> Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Novembro de 2016 <b>Próxima Revisão</b> Janeiro de 2019	

### Acompanhamento do familiar/pessoa significativa na UCIMCR

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
<p>1) Atendimento do familiar à porta do serviço, pelo A.O., identificando o nome da pessoa que pretende visitar o utente.</p> <p>2) O A.O. informa o enfermeiro responsável pelo utente das visitas.</p> <p>3) O enfermeiro responsável pelo utente tentará aferir com este quem é o familiar/pessoa significativa de referência.</p> <p>4) O enfermeiro responsável pelo utente deverá em articulação com a equipa médica, questioná-lo sobre a sua vontade em receber visitas e que tipo de informação quer que seja transmitida.</p> <p>5) A decisão sobre quem visitará o utente fundamenta-se na sua vontade. Caso a situação clínica do utente não permita manifestá-la, a avaliação é realizada pelo enfermeiro responsável junto da pessoa de referência.</p> <p>6) O enfermeiro responsável pelo utente apresenta-se ao familiar.</p>	<p>- Circular Normativa da DGS nº 4/DSPCS de 28-10-2000 no nº 1.1.</p> <p>- Código Deontológico do Enfermeiro art.º 78 Principio Gerais (1- As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro).</p>

<div> <div></div> <div></div> </div>		<div></div>
<b>NORMA - Norma de acolhimento/acompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na UCI</b>		<b>Aprovado em:</b>
<b>Elaborado por:</b> Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Novembro de 2016  <b>Próxima Revisão</b> Janeiro de 2019	Enf.ª Directora

- 7) Nas primeiras visitas do familiar, o enfermeiro responsável do utente deverá recebe-lo à porta do serviço, identificando-o e deve manter este procedimento sempre que surjam novos familiares.
- 8) O enfermeiro responsável deverá preparar o familiar/pessoa significativa para a situação do utente e a sua aparência (monitorização, presença de drenos e sondas), bem como para o ambiente tecnológico natural em Unidades de Cuidados Intensivos (Esta informação será dada já depois de ter entrado na Unidade mas antes de entrar no quarto em local a definir de acordo com as possibilidades do momento).
- 9) Dá informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, descontaminação das mãos, uso de bata e uso de máscara quando indicado.
- 10) O enfermeiro responsável pelo utente deverá realizar o acolhimento personalizado e humanizado à família, fornecendo informações do ponto de vista da enfermagem e encaminha a família para a equipa médica para informações clínicas.

- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, art.º 1º Dignidade do Ser Humano.

- Direção Geral de Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma nº 029/2012.

- Código Deontológico do Enfermeiro, art.º 84- Dever de informação.

- Código Deontológico do Enfermeiro, art.º 69- da Humanização dos cuidados.

- Não deve esperar que o familiar se dirija ao enfermeiro, deverá ser o enfermeiro a ir de encontro ao familiar, mostrando disponibilidade para informar e escutar.




<div></div>		<div>Unidade de Cuidados Intensivos <del>Médico-Enfermeiros-Respiratórios</del></div>
NORMA - Norma de acolhimento/acompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na UCIMCR		Aprovado em:  Enf.ª Directora
Elaborado por: Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Novembro de 2016 Próxima Revisão Janeiro de 2019	
<div>11) Em familiares a quem já foi efetuado o acolhimento, o encaminhamento poderá ser realizado pela assistente operacional após confirmação do enfermeiro.</div> <div>12) O enfermeiro responsável pelo utente em colaboração com a equipa médica deverá efetuar nas primeiras 48 a 72 horas, o preenchimento do Guia Orientador de recolha de informação de acompanhamento familiar.<sup>1</sup></div> <div>13) Esclarecer o familiar/pessoa significativa sobre as questões colocadas.</div> <div>14) Informar o familiar/pessoa significativa sobre as rotinas da Unidade, horários de visita e recursos de que o Hospital dispõe.</div> <div>15) Fornecer o contacto telefónico direto da Unidade, e/ou Geral.</div>		<div>Aceitação e respeito pelo familiar; (Lazure, 1994). Empatia.Aplicação dos princípios de comunicação eficaz, tais como: a escuta ativa, encorajamento à expressão de sentimentos, manifestação de segurança e confiança, atitudes congruentes e consistentes. Na comunicação face a face, a pessoa revela as suas motivações mais profundas numa linguagem diferente. É a linguagem não verbal, ou linguagem do corpo, que vem completar a linguagem falada, enriquecendo a comunicação interpessoal. Neste contexto, Estanqueiro (1999, p.68) refere que compreende mais e melhor aquele que domina o significado das expressões do rosto, sobretudo do olhar.</div> <div>- Recursos: Assistente Social, Assistência Religiosa, Gabinete do Utente. Existência de livro de reclamações /Sugestões - Anexo I.</div> <div>- Código Deontológico do Enfermeiro art.º 85- Do dever de sigilo.</div>

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>		LICENCIADA <del>Unidade de Cuidados Intensivos Médicos Cirúrgicos Respiratórios</del>
<b>NORMA - Norma de acolhimento/acompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>		<b>Aprovado em:</b>  <b>Enf.ª Directora</b>
<b>Elaborado por:</b> Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Novembro de 2016 <b>Próxima Revisão</b> Janeiro de 2019	

- 16) As informações transmitidas por telefone serão em situações excepcionais e exclusivamente à pessoa significativa, salvaguardando a confidencialidade sobre a situação do utente entre as 9h e as 21 horas.
- 17) O horário de visitas realiza-se das 14h às 20h e de acordo com a organização do serviço. Neste horário a equipa médica está disponível para dar informação aos familiares. Tentar-se-á adequar os períodos de visitas às reais necessidades do familiar/ pessoa significativa
- 18) É permitida a visita a duas pessoas em simultâneo. O número de visitas é sempre avaliado pela equipa médica e de enfermagem, de acordo com a particularidade de cada utente.
- 19) Às crianças (até aos 18 anos) é permitido o acompanhamento permanente do pai e da mãe durante o internamento.
- 20) Às pessoas com deficiência é permitido o acompanhamento permanente do familiar/pessoa significativa.
- 21) Aos utentes em fim de vida é permitido o acompanhamento permanente do familiar/pessoa significativa procurando ir de encontro das necessidades particulares dessa família.
- 22) Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.

- Circular Normativa da DGS nº 4/ DSPCS de 28-10-2000 no nº 2.1.  
A equipa médica residente está diariamente de serviço das 8h às 17h. Entre as 17h e às 8h da manhã do dia seguinte estará o médico de Urgência à Unidade. Apesar de qualquer um dos médicos da equipa poder dar informações ao familiar, a equipa médica residente tem uma informação mais globalizada da situação.
- Lei nº 106/2009 de 14 Setembro - Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. art.º 2.
- Lei nº 106/2009 de 14 Setembro - Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. art.º 3.
- Código Deontológico do Enfermeiro artº 87- Do respeito pelo doente terminal.
- Circular Normativa da DGS nº 4/ DSPCS de 28-10-2000 no nº 2.2.
- Lei nº 106/2009 de 14 Setembro - Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Art.º 5.

		Unidade de Cuidados Intensivos Médicos
<b>NORMA - Norma de acolhimento/acompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na Unidade</b>		Aprovado em:
Elaborado por: Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Novembro de 2016 <b>Próxima Revisão</b> Janeiro de 2019	Enf.ª Directora

- 23) Alertar previamente o familiar para o eventual local de transferência.
- 24) No momento da transferência do utente, o enfermeiro responsável pelo mesmo deverá contactar telefonicamente o familiar de referência a informar da transferência para outra unidade de cuidados e a localização da mesma.
- 25) No fim da visita sempre que possível o enfermeiro deverá acompanhar ou providenciar para que a assistente operacional acompanhe o familiar à saída da Unidade.
- 26) O Enf.º responsável pelo utente deve estar particularmente atento ao risco de situações de potencial conflitualidade com os familiares deste, de modo a evitá-las. Nestas situações, deverá avisar o enfermeiro chefe de equipa, que se articulará com o médico responsável da Unidade ou o seu substituto, para a sua resolução.

- O enfermeiro chefe de equipa assume a responsabilidade da equipa de enfermagem, na ausência da enfermeira chefe.

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>		Unidade de Cuidados Intensivos M <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
<b>NORMA - Norma de acolhimento/acompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na</b> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		Aprovado em:   Enf.ª Directora
Elaborado por: Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Novembro de 2016 <b>Próxima Revisão</b> Janeiro de 2019	

#### 4. Responsabilidades

Actividades	Responsabilidades			
	ENF.	A.O.	M	ENF C.E.
Atendimento do familiar à porta do serviço, identificando o nome da pessoa que pretende visitar o utente.		R		
Transmissão da informação recolhida ao enfermeiro responsável pelo utente.				
O enfermeiro responsável pelo utente deverá gerir o acompanhamento familiar na UCI	R			
Nas primeiras visitas do internamento, o enfermeiro responsável do utente deverá receber o familiar à porta do serviço, identificando a pessoa que pretende fazer a visita e sempre que surjam novos familiares.	R			
Em familiares a quem já foi realizado o acolhimento, o encaminhamento poderá ser efectuados pela assistenteoperacional após confirmação do enfermeiro.	P	R		
O enfermeiro responsável pelo utente em colaboração com a equipa médica deverá efectuar nas primeiras <u>48 a 72 horas</u> , o preenchimento do Guia Orientador de recolha de informação de acompanhamento familiar.	R		P	
No fim da visita sempre que possível o enfermeiro deverá acompanhar ou providenciar para que a A.O acompanhe o familiar á saída	R	P		
Cabe ao chefe de equipa actuar caso existam situações de potencial conflito entre o familiar e o enfermeiro responsável peloutente.	P		R	R
Legenda: R – Responsável      P - Participante				

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos Respiratórios</b>
<b>NORMA - Norma de acolhimento/acompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na U</b> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; display: inline-block;"></div>		<b>Aprovado em:</b>  <b>Enf.ª Directora</b>
<b>Elaborado por:</b> Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Novembro de 2016  <b>Próxima Revisão</b> Janeiro de 2019	

## 5. Registos

O enfermeiro deverá registar na plataforma informática (no sistema PICIS) e no Guia Orientador de Acolhimento Familiar a sua avaliação quanto à interação familiar e interação enfermeiro/família/pessoa significativa.

## 6. Definições e Abreviaturas

A.O – Assistente Operacional

ENF – Enfermeiro

ENF C. E.- Enf. Chefe de Equipa

M – Médico

UCIMCR – Unidade de Cuidados intensivos Médico-cirúrgica e Respiratória

Utente – Pessoa internada na U

## 7. Anexos

- Anexo I - Circular nº 20.DC.07. Reclamações e sugestões no Hospital
- Anexo II- Informação sobre Assistência Espiritual e Religiosa.
- Anexo III- Informações Úteis.

## 8. Impressos

Guia Orientador de Acolhimento familiar

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>		Unidade de Cuidados Intensivos M... 
<b>NORMA - Norma de acolhimento/accompanhamento do familiar/ pessoa significativa em internamento na</b>		<b>Aprovado em:</b>  <b>Enf.ª Directora</b>
<b>Elaborado por:</b> Enf.º Américo Reis Enf.ª Paula Reis Enf.ª Rute Reis	Novembro de 2016 <b>Próxima Revisão</b> Janeiro de 2019	

## 9. Referências Bibliográficas

- Diário da Republica. (2009). Lei nº 106/2009 de 14 Setembro - Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Acedido em 27-10-2016. Disponível em: [http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/lei\\_106\\_2009.htm](http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/lei_106_2009.htm)
- Direção Geral de Saúde. (2000). Circular Normativa. Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados. Ministério da Saúde. Acedido em 27-10-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-4dsps-de-28012000.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Norma nº 029/2012. Acedido em 29-10-2016. Disponível em: <https://www.google.pt/url?url=https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwjf2MH74oTQAhVIVhQKHxDOCBUQFggTMAA&usq=AFQjCNHr7Q16gLEf21ucHsohHKnxSNbfug>
- Estanqueiro A. (1999). Saber lidar com as pessoas. Princípios da comunicação interpessoal. Editorial Presença, Lisboa, p. 15-68.
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures: Lusociência.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. (Tradução de Margarida Cunha Rosa). Lisboa: Lusodidacta.
- Norma/ Procedimento. (2009). Acompanhamento Familiar em internamento na UCAPO. NO/PO/001.00/09 de 16-11-2009.
- Ordem dos enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos. Acedido em 23-10-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Pardavila, B., M. & Vivar, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), p.51-67.
- Regulamento Interno das visitas e acompanhantes de doentes internado, , 2006.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo: Roca.

## **Anexos**





CENTRO HOSPITALAR



HOSPITAL DE



**Nome do Utente:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

### GUIA ORIENTADOR DE ACOLHIMENTO FAMILIAR

- ☐ Identificação e apresentação dos intervenientes (familiares e profissionais de saúde) presentes

---

- ☐ Identificação e registo dos respetivos contatos dos familiares de referência

Nome do familiar/pessoa significativa	Parentesco	Contato telefónico

- ☐ Validação das expetativas e informação dos familiares quanto ao motivo de internamento em UCI do utente. (se conhecem o motivo de internamento do seu familiar na UCI, o que esperam que aconteça ao seu familiar durante este internamento)

---

- ☐ Validação da preferência dos familiares de referência sobre qual a informação que querem receber sobre situação clínica do utente, quando e a quem.(resultados de meios auxiliares de diagnóstico, prognóstico, alterações do plano terapêutico, em caso de falecimento a quem devemos contactar e se a qualquer hora querem ser avisados)

---

- ☐ Identificação da necessidade de encaminhamento para outro profissional de saúde. Qual? (médico, assistente social, psicólogo, dietista)

---

☐ Identificação das principais necessidades e preocupações do familiar.

---

---

---

(económicas, sociais, psicológicas, esclarecimento de dúvidas, apresentação do serviço)

☐

---

---

---



## Informações Úteis

### SERVIÇOS DE APOIO:

- **Serviço Social e gabinete do Cidadão**

- Localização: À entrada do edifício ,

- **Gabinete do Utente**

- Localização: À entrada do edifício , após o hall, virar à esquerda primeira porta à esquerda.

- Telefone: 31176/7

- Ver Anexo I

- **Liga dos Amigos**

- Localização: À entrada do hospital edifício do lado esquerdo

- Telefone: 31004

- **Cafetaria**

- Bar edifício

- Localização: à entrada principal, após o hall, virar à esquerda ao fundo do corredor a ultima porta à esquerda

- Telefone: 31193 (Interno)

- Bar entrada do Hospital

- Localização: À entrada do hospital do lado direito.

- Telefone: 2

- **Casa Mortuária**

- Localização: À entrada do hospital, virar à direita, ao fundo edifício de frente para a Capela.

- Telefone: 31070/ 99064

- **Assistência Religiosa**

- Localização – À entrada do hospital, virar à direita, no jardim principal.
- Ver Anexo II

- **Multibanco**

- Localização: À entrada do hospital, edifício do lado esquerdo.



### **Informações**

Têm-se verificado dificuldades de comunicação entre o Hospital e o Serviço Religioso sem se compreender a razão. Mesmo com a presença de capelão no hospital e a possibilidade de chamar outros capelães do Centro Hospitalar, são chamados padres do exterior. Venho, por este meio, chamar à atenção para o facto e publicitar o contacto do capelão de serviço no [redacted], bem como dos restantes capelães da equipa. Pedimos o favor de consultar a folha de serviço dos capelães e a escala de urgência sempre que necessário.

#### **Horários de presença de capelão**

- De 2ª a 6ª – das 09 às 17:30 horas
- Sábado das 15 às 17:30 horas
- Domingos e feriados: Contactar o Ho [redacted] ou, se não houver resposta, o capelão de urgência.

*(Ver na folha de urgência mensal o capelão de serviço e contactos).*

#### **Horário de abertura da capela:**

- De segunda a sexta – das 7 às 18 horas
- Sábados – das 8 às 17:30 horas
- Domingos e feriados - Fechada

#### **Horário das Missas:**

- De 3ª a Sábado – 16:30 horas
- Domingos e feriados – Não há missa

#### **Contactos do PPEL Fernando Ferreira (PPEL)**

Ext. móvel: ~~96679~~ 93024

Tel pessoal: – 966792220

E.mail: fre

Coordena

ail.com)



PRINCIPAIS IGREJAS  
E  
CONFISSÕES RELIGIOSAS NÃO CATÓLICAS

CONFISSÕES E IGREJAS CRISTÃS

1. Igreja Lusitana Católica Apostólica (Anglicana)  
Trav. Rosário S. Jose, 5  
1200-191 Lisboa  
Tel.: 21 396 47 29
2. Igreja Ortodoxa Grega  
Rua Quinta das Padeiras, 13  
Sobreda  
2825 Monte Caparica  
Tel.: 21 294 20 64
3. Igreja Católica Ortodoxa de Portugal  
Rua das Canastras, 26  
1100-111 Lisboa  
Tel.: 21 887 00 37

*Obs.: As Embaixadas dão informações sobre comunidades ortodoxas para estrangeiros (búlgaros, romenos, gregos, etc.).*

4. Igreja Luterana de Portugal  
Av. Rovisó Pais, 40 c/v Lt. A  
1000 Lisboa  
Tel.: 21 847 32 74
5. Igreja Evangélica Presbiterana de Portugal  
Rua Tomas Anunciação, 56  
1350-328 Lisboa  
Tel.: 21 397 49 59
6. Igreja Evangélica Baptista  
Rua Filipe Folque, 36  
1050-114 Lisboa  
Tel.: 21 353 53 62

7. Igreja Evangélica Metodista Portuguesa  
Rua Ariaga, 13  
1200-609 Lisboa  
Tel.: 21 989 27 64

8. Igreja Baptista de Lisboa (Pastor)  
Rua Lucinda Simões, 7  
1900-304 Lisboa  
Tel.: 21 813 75 48

9. Aliança Evangélica Portuguesa  
Av. Conselho B. de Freitas, 16 B  
1500-204 Lisboa  
Tel.: 21 840 09 73

*Obs.: Um grande número de igrejas faz parte desta organização.*

10. Igreja Adventista do Sétimo Dia  
Rua Acácio Paiva, 28-1º  
1700-004 Lisboa  
Tel.: 21 840 09 73

11. Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias  
Av. Almirante Gago Coutinho, 93  
1700-028 Lisboa

12. Associação Testemunhas de Jeová  
Apartado 91  
2766-955 Estoril  
Tel.: 21 469 06 00

13. Igreja Messiânica Mundial  
Rua Gomes Freire, 143 A/D  
1150-176 Lisboa  
Tel.: 21 315 65 76



## **- COMUNIDADES RELIGIOSAS NÃO CRISTÃS**

1. Comunidade Israelita de Lisboa (Rabino)  
Rua Alexandre Herculano, 59  
1250-010 Lisboa  
Tel.: 21 385 86 04
2. Comunidade Islâmica de Lisboa  
Av. Jose Malhoa  
1070-238 Lisboa  
Tel.: 21 387 41 42
3. Centro Ismaili  
Rua Abranches Ferrão, 2  
1600-001 Lisboa
4. Comunidade Hindu de Portugal  
Alameda M. Ghandi  
1600-500 Lisboa  
Tel.: 21 757 65 24
5. União Budista Portuguesa (Mestre)  
Calçada da Ajuda, 246 - 1º Dtº.  
1300-012 Lisboa  
Tel.: 21 363 43 63
6. Budismo Tibetano  
Rua do Salitre, 117  
1250-198 Lisboa  
Tel.: 21 314 20 38
7. Comunidade Nacional dos Baha'ís de Portugal  
Av. Ventura Terra, 1  
1600-780 Lisboa  
Tel.: 21759 04 74

**APÊNDICE XVI - Reunião de serviço com a equipa de assistentes  
operacionais**

## **Reunião de serviço com as assistentes operacionais dia 4-11-2016**

Foi-me proposto pela minha orientadora de estágio, que também é responsável pela chefia da Unidade, participar na reunião das A. Operacionais.

Era importante para mim a presença nessa reunião com o intuito de perceber a sua dinâmica e a forma como a ordem de trabalhos se desenvolvia.

A reunião tinha como objetivo fazer um ponto da situação relativamente à dinâmica do funcionamento do serviço tanto em relação a recursos humanos como materiais e também dar a conhecer à equipa o projeto que estávamos a desenvolver no serviço.

A enfermeira chefe iniciou a reunião fazendo referência ao bom desempenho da equipa de A. Operacionais e dizendo que a equipa estava de parabéns, agradecendo a disponibilidade de alguns elementos por estarem presentes (Utilização de reforços positivos para manter a equipa motivada).

De seguida referiu que apesar da equipa estar a trabalhar bem, existiam pequenos pormenores em que “as coisas” poderiam melhorar. Deu a palavra aos elementos para verbalizarem os seus constrangimentos.

Houve elementos que manifestaram o desagrado por existirem alguns colegas que não rendiam os elementos as horas. Apesar de não se referirem pessoalmente a nenhum elemento em particular, percebeu-se ao fim de alguns minutos percebemos de quem se estava a falar. A enfermeira chefe referiu que ia ficar atenta ao controlo biométrico, apesar de uma assistente referir que a pessoa em questão colocava “o dedo a horas” só que não vinha logo para o serviço.

Posteriormente falou-se sobre procedimentos que se estavam a efetuar de forma incorreta por alguns elementos, nomeadamente na desinfeção do fibroscópio, em que se utilizavam produtos não recomendados. Foi discutida e reforçada a ideia de terem cuidado com os produtos a utilizar na desinfeção dos equipamentos.

Falou-se também sobre a importância da descontaminação dos edredões de doente para doente e do correcto local de armazenamento. Falou-se sobre a higienização dos frascos onde eram colocados os sacos para aspiração de secreções e por fim, fez-se referência ao procedimento relativo à mudança dos doseadores de Sterilium (para a desinfeção das mãos).

Várias foram as A. Operacionais que falaram da existência de uma colega que atuava em desconformidade com os procedimentos usuais a vários níveis.

Existia o risco potencial de começarem a surgir conflitos entre essa colega e as restantes e a enfermeira chefe tomou nota das ocorrências com o intuito de tentar resolver esse potencial conflito.

Na parte final da reunião, a enf<sup>a</sup> chefe deu-nos a palavra com o intuito de ser dado a conhecer à equipa de assistentes operacionais o projeto que estávamos a desenvolver no serviço sobre a melhoria da qualidade no Acolhimento aos Familiares no contexto de UCI.

Demos ênfase à importância do atendimento dos familiares à porta com o intuito de sensibilizar a equipa de assistentes operacionais para a postura adequada com que deveriam se apresentar perante eles, tendo em conta que muitas vezes o primeiro contacto com os familiares era da sua responsabilidade e que esse primeiro momento poderia fazer diferença.

Fizemos referência ao facto, de apesar da equipa estar a realizar um bom trabalho, seria importante reterem essa atitude profissional. Informámos também a equipa sobre a norma de acolhimento aos familiares do doente na UCIMCR em que iriam existir procedimentos a ser alterados e passámos a apresentar os pontos da norma em que elas iriam ser intervenientes.

No final, fizemos um feed-back da informação apresentada com o intuito de compreendermos se os procedimentos a adotar pelas assistentes operacionais estavam interiorizados. Referimos que o objetivo de um acolhimento mais personalizado e estruturado aos familiares era um trabalho que teria que ser desenvolvido por todos os elementos da equipa de saúde da unidade e que a conduta das assistentes operacionais nesse processo era fundamental visto como tínhamos referido anteriormente, serem muitas vezes eles a fazer o primeiro contacto com os familiares à porta.

As assistentes operacionais verbalizaram que para elas, era difícil perceber como é que os procedimentos com as visitas iriam funcionar no futuro visto muitas vezes verificarem que os enfermeiros não atuavam todos da mesma forma e inclusive existiam alguns que só deixavam entrar um familiar de cada vez e outros deixam entrar vários familiares ao mesmo tempo.

Foi dada como encerrada a reunião sem mais comentários.

## **REFLEXÃO**

Esta reunião foi importante porque permitiu-nos dar as diretrizes adequadas para as assistentes operacionais terem uma conduta adequada no contacto com os familiares e saberem se articular com a equipa de enfermagem com vista a um acolhimento personalizado e estruturado.

Verificámos como é difícil sensibilizar as pessoas para a alteração de comportamentos.

Percebemos como é importante ter formação no domínio da gestão de conflitos e procurámos desenvolver as competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente: as competências do domínio da gestão de cuidados no ponto em que o enfermeiro gere cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e faz a articulação multiprofissional.

Também quando o enfermeiro adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. (artº 7 do regulamento de Competências do Enfermeiro especialista, 2010).

**APÊNDICE XVII- Folheto Informativo de Acompanhamento dos  
Familiars na UCIMCR**



<p><b>Assistência Religiosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso deseje assistência religiosa católica, ou não católica, contactar o enfermeiro de Serviço.</li> </ul> <p><b>Cafeteria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Bandeja Ligeiros dos Amigos do Hospital</b></li> <li>- Localização: À entrada do Hospital, do lado direito.</li> <li>- <b>Bandeja Edifício D</b></li> <li>- Localização: À entrada do edifício D. Corredor.</li> <li>- Existem máquinas automáticas de bebidas na sala de espera da Unidade e no Corredor do Serviço de Cirurgia Geral.</li> <li>- <b>Multibanco</b></li> <li>- Localização: À entrada do hospital, edifício da Liga dos Amigos do Hospital - 1º andar.</li> </ul>	<p><b>COORDENADOR DA UNIDADE</b> Dr. <b>Fernando</b></p> <p><b>RESPONSÁVEL DE ENFERMAGEM:</b> Enf. <b>Orlando</b></p> <p><b>CONTACTOS</b> Telefone Geral: 217548000 Telefone Direto: 217548364</p> <p><b>LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO</b> No Edifício <b>E</b></p> <p>Folheto realizado por Américo Reis, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Variante Passos Duros, com a colaboração da Enf. Paula Reis e da Enf. Rute Reis, sob orientação da Professora Doutora Idalina Gomes, da ESC Leiria e da Enfermeira Cécilia Mendes, orientadora do conteúdo da prática clínica.</p> <p><b>CENTRO HOSPITALAR</b> <b>Av. Tal. com</b></p>	<p><b>HOSPITAL</b></p> <p>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICO-CIRÚRGICA E RESPIRATÓRIA</p> <p><b>GUIA DE ACOLHIMENTO</b></p> <p>FAMILIAR E/OU PESSOA SIGNIFICATIVA DE UTENTE INTERNADO NA UCIMCR</p>  <p><b>VOCÊ É A PESSOA QUE MELHOR CONHECE O SEU FAMILIAR, QUEREMOS QUE SEJA NOSSO PARCEIRO NA SUA RECUPERAÇÃO</b></p> <p><b>Av. Tal. com</b></p>
--	--	--

<p><b>OBJETIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Este guia de acolhimento tem como objetivo esclarecer os familiares e/ou pessoas significativas que visitam os utentes internados na UCIMCR sobre as questões mais frequentes.</li> </ul> <p><b>A UCIMCR</b> é uma unidade onde se prestam cuidados especializados a utentes que estão em estado crítico e requerem atenção e vigilância intensivas.</p> <p><b>QUEM É QUE PODERÁ VISITAR O MEU FAMILIAR?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se o utente tiver capacidade para tomar decisões, cabe-lhe a ele decidir quem o deve visitar. Caso o utente não tenha capacidade para tomar de si a decisão, cabe-lhe a família.</li> </ul> <p><b>QUAL O HORÁRIO DAS VISITAS?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As visitas realizam-se diariamente, entre as 14 e as 20 horas.</li> </ul> <p><b>COMO SE PROCURAR A VISITA?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- É permitida a visita de duas pessoas em simultâneo. O número de visitas é sempre autorizado pela equipa médica e de enfermagem, de acordo com as particularidades de cada utente e do seu estado clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Devido à dinâmica própria da Unidade, pode ser-lhe solicitada a saída momentânea.</li> <li>- Não é permitida a entrada de menores de 12 anos.</li> <li>- O seu telemóvel deverá estar em modo de silêncio e sem atendimento enquanto permanecer na Unidade. Em situações excecionais o seu uso poderá ser permitido com o intuito do utente poder falar com um familiar (pessoa significativa).</li> </ul> <p><b>PRECAUÇÕES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deverá descontaminar as suas mãos antes e após a sua visita, utilizando solução alcoólica disponível à entrada da Unidade.</li> <li>- Deverá seguir as orientações do enfermeiro relativas às medidas de precaução relacionadas com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.</li> </ul> <p><b>O QUE PODERÁ TRAZER PARA A UNIDADE?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objeto de uso pessoal do seu familiar como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Próteses, nomeadamente próteses dentárias, audílios e óculos. Sempre após confirmação com os profissionais de saúde.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>O QUE NÃO DEVO TRAZER PARA A UNIDADE?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Roupas; alimentos; bebidas; flores.</li> </ul>	<p><b>COMO PODEREI OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O ESTADO DO MEU FAMILIAR?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das 14 às 17 horas, durante o período das visitas, são proporcionadas informações pela equipa médica e de enfermagem.</li> <li>- Das 9 às 21 horas, em situações excecionais, poderão ser dadas informações pelo telefone exclusivamente à pessoa significativa, salvaguardando a confidencialidade sobre a situação do utente.</li> </ul> <p><b>OUTRAS INFORMAÇÕES QUE LHE PODERÃO SER ÚTEIS</b></p> <p><b>Serviço Botol - Localização:</b> À entrada do edifício <b>E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horário de Funcionamento: Das 9h às 17h, de segunda a sexta-feira.</li> <li>- Telefone: <b>217548364</b></li> </ul> <p><b>Gabinete da Cidadania</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localização: À entrada do edifício <b>E</b> (O Gabinete do Utente dispõe de Livro de Reclamações e de Impresso próprio para registo de exposições).</li> <li>- Horário de Funcionamento: Das 9h às 17h, de segunda a sexta-feira.</li> </ul>
---	--	--

**APÊNDICE XVIII - *Checklist* de observação da Norma de  
Acolhimento à Família/Pessoa Significativa na UCIMCR com  
resultados**

## ***CHECKLIST DE OBSERVAÇÃO DA NORMA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA NA UCIMCR***

1 Atendimento do familiar à porta do serviço, pelo A.O., identificando o nome da pessoa que pretende visitar o utente. O A.O. informa o enfermeiro responsável pelo utente das visitas.	Sim	Não	Não aplicável
2 O enfermeiro responsável pelo utente tentará aferir com este quem é o familiar/pessoa significativa de referência.			
3 O enfermeiro responsável pelo utente deverá questioná-lo sobre a sua vontade em receber visitas e que tipo de informação quer que seja transmitida.			
4 O enfermeiro responsável deverá preparar o familiar/pessoa significativa para a situação do utente e a sua aparência bem como para o ambiente tecnológico natural em Unidades de Cuidados Intensivos.			
5 Dá informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.			
6 O enfermeiro responsável pelo utente deverá realizar o acolhimento personalizado e encaminha para a equipa médica.			
7 O enfermeiro responsável pelo utente em colaboração com a equipa médica deverá efetuar nas primeiras 48 a 72 horas, o preenchimento do Guia Orientador de recolha de informação.			
8 Informar o familiar/pessoa significativa sobre as rotinas da Unidade, horários de visita e recursos de que o Hospital dispõe.			
9 Fornecer o contacto telefónico direto da Unidade, e/ou Geral.			
10 No fim da visita sempre que possível o enfermeiro deverá acompanhar ou providenciar para que a assistente operacional acompanhe o familiar à saída da Unidade.			
11 Inclusão de registos de enfermagem relativamente à família no processo clínico.			

## RESULTADOS DE OBSERVAÇÃO DA *CHECKLIST*:

No período de 15 de dezembro a 10 de janeiro de 2017 efetuadas auditorias seguindo uma check list de observação, da norma de acolhimento implementada no serviço, com 11 itens, com o objetivo de observar os procedimentos efetuados pela equipa de enfermagem e assistentes operacionais no acolhimento aos familiares da pessoa idosa em contexto de UCI.

A amostra foi constituída pela totalidade dos enfermeiros (20 elementos) e assistentes operacionais (10 elementos) em 10 momentos de observação aleatória durante o período de visitas na UCI. Os resultados foram os seguintes:

1. Atendimento do familiar à porta do serviço, pelo assistente operacional, identificando o nome da pessoa que pretende visitar o utente. O A.O. informa o enfermeiro responsável pelo utente das visitas.

**Resultados:** (100% efectuado). Nos 10 momentos, todas as A.O. efectuaram o procedimento descrito em cima.

2. O enfermeiro responsável pelo utente tenta aferir com este quem é o familiar/pessoa significativa de referência.

**Resultados:** 4 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 1 enfermeiro não efectuou o procedimento. 5 situações em que não era aplicável, visto o doente já estar internado há vários dias e já se ter efectuado o procedimento inicialmente.

3. O enfermeiro responsável pelo utente deverá questioná-lo sobre a sua vontade em receber visitas e que tipo de informação quer que seja transmitida.

**Resultados:** 8 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 1 enfermeiro não efectuou o procedimento. 1 situação em que não era aplicável, visto o doente já estar internado há vários dias e já se ter efectuado o procedimento inicialmente.

4. O enfermeiro responsável deverá preparar o familiar/pessoa significativa para a situação do utente e a sua aparência bem como para o ambiente tecnológico natural em Unidades de Cuidados Intensivos.

**Resultados:** 8 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 1 enfermeiro não efectuou o procedimento. 1 situação em que não era aplicável, visto o doente já estar internado há vários dias e o familiar já estar devidamente familiarizado com o ambiente da Unidade.

5. Dá informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

**Resultados:** 9 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 1 situação em que não era aplicável, visto o familiar já há vários dias se deslocava à Unidade e já tinha conhecimento das normas e já as cumpria sem ser necessário informar.

6. O enfermeiro responsável pelo utente deverá realizar o acolhimento personalizado e encaminha para a equipa médica.

**Resultados:** 8 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 2 enfermeiros não efectuaram o procedimento.

7. O enfermeiro responsável pelo utente em colaboração com a equipa médica deverá efetuar nas primeiras 48 a 72 horas, o preenchimento do Guia Orientador de recolha de informação.

**Resultados:** 7 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 2 enfermeiros não efectuaram o procedimento.

8. Informar o familiar/pessoa significativa sobre as rotinas da Unidade, horários de visita e recursos de que o Hospital dispõe.

**Resultados:** 5 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 5 situações em que não era aplicável, visto os familiares já há vários dias se deslocavam à Unidade e já tinham conhecimento da informação.

9. Fornecer o contacto telefónico direto da Unidade, e/ou Geral.

**Resultados:** 5 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 1 enfermeiro não efectuou o procedimento. 4 situações em que não era aplicável, visto os familiares já há vários dias se deslocavam à Unidade e já tinham conhecimento da informação.

10. No fim da visita sempre que possível o enfermeiro deverá acompanhar ou providenciar para que a assistente operacional acompanhe o familiar à saída da Unidade.

**Resultados:** 8 enfermeiros efectuaram o procedimento de acordo com o referido em cima. 2 enfermeiros não efectuaram o procedimento.

11. Inclusão de registos de enfermagem relativamente à família no processo clínico. **Resultados:** Todos os enfermeiros efectuaram registos de enfermagem relativamente à família

**APÊNDICE XIX – Ação de Formação: Avaliação dos resultados  
obtidos na observação dos procedimentos efetuados durante o  
Acolhimento efetuados pelos enfermeiros aos familiares na  
UCIMCR (*Checklist*).**

CENTRO HOSPITALAR

SPITAL DE

## Acolhimento ao Doente/Família na Unidade de Cuidados Intensivos

Américo Reis  
Paula Reis  
Rute Reis

7 de Fevereiro de 2016

CENTRO HOSPITALAR

Acolhimento ao Doente/Família na Unidade de Cuidados Intensivos

### Objetivos:

- Apresentar os resultados à equipa de enfermagem da observação feita através da check list de observação da norma de acolhimento à família/pessoa significativa na Unidade de Cuidados Intensivos

CENTRO HOSPITALAR

Check list de observação da norma de acolhimento à família/pessoa significativa na Unidade de Cuidados Intensivos

	Sim	Não	Não aplicável
1. Atendimento do familiar à porta do serviço, pelo A.O., identificando o nome da pessoa que pretende visitar o utente. O A.O. informa o enfermeiro responsável pelo utente das visitas.			
2. O enfermeiro responsável pelo utente tentará alertar com este quem é a familiar/pessoa significativa de referência.			
3. O enfermeiro responsável pelo utente deverá questionar sobre a sua vontade em receber visitas e que tipo de informação quer que seja transmitida.			
4. O enfermeiro responsável deverá preparar o familiar/pessoa significativa para a situação do utente e a sua aparência bem como para o ambiente tecnológico natural em Unidades de Cuidados Intensivos.			
5. Da informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.			
6. O enfermeiro responsável pelo utente deverá realizar o acolhimento personalizado e encaminhar para a equipa médica.			
7. O enfermeiro responsável pelo utente em colaboração com a equipa médica deverá efetuar nas primeiras 48 a 72 horas, o preenchimento do Guia Orientador de recolha de informação.			
8. Informar o familiar/pessoa significativa sobre as rotinas da Unidade, horários de visita e recursos de que o Hospital dispõe.			
9. Transmover o contacto telefónico dentro da Unidade, caso necessário.			
10. No fim da visita, sempre que possível o enfermeiro deverá acompanhar ou providenciar para que a assistente operacional acompanhe o familiar à saída da Unidade.			
11. Inclusão de registos de enfermagem relativamente à família no processo clínico.			

CENTRO HOSPITALAR

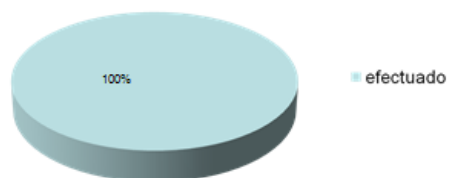
Período de observação: 15 de Dezembro de 2016 a 10 de Janeiro de 2017

Seleção da amostra

- ❖ Amostra selectiva: 100% dos enfermeiros do Serviço (20 Enfermeiros)
- ❖ Resultados sobre dez momentos de avaliação dos procedimentos

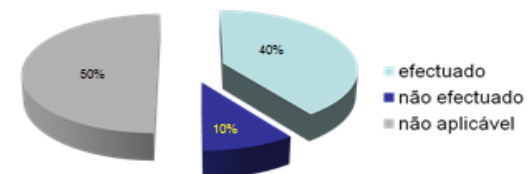
**Resultados:**

1. Atendimento do familiar à porta do serviço, pelo A.O., identificando o nome da pessoa que pretende visitar o utente.  
O A.O. informa o enfermeiro responsável pelo utente das visitas.



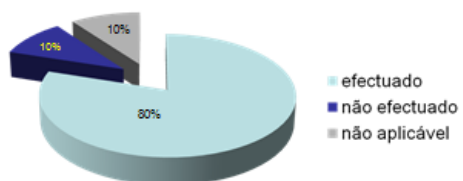
**Resultados:**

2. O enfermeiro responsável pelo utente tentará aferir com este quem é o familiar/pessoa significativa de referência.



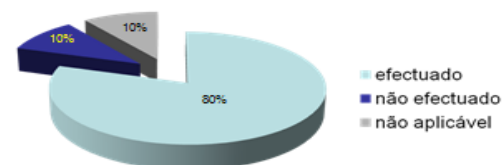
**Resultados:**

3. O enfermeiro responsável pelo utente deverá questioná-lo sobre a sua vontade em receber visitas e que tipo de informação quer que seja transmitida.



**Resultados:**

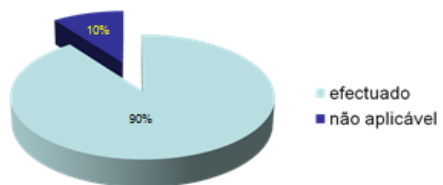
4. O enfermeiro responsável deverá preparar o familiar/pessoa significativa para a situação do utente e a sua aparência bem como para o ambiente tecnológico natural em Unidades de Cuidados Intensivos.



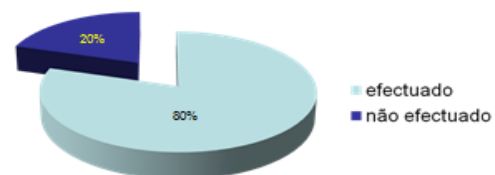


**Resultados:**

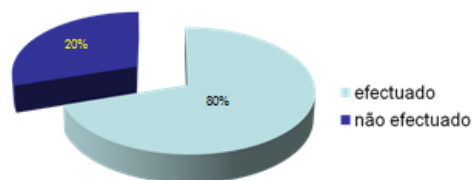
5. Dá informações relativas às precauções a ter com a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

**Resultados:**

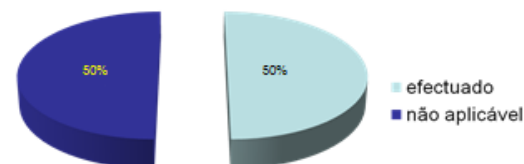
6. O enfermeiro responsável pelo utente deverá realizar o acolhimento personalizado e encaminhar para a equipa médica.

**Resultados:**

7. O enfermeiro responsável pelo utente em colaboração com a equipa médica deverá efetuar nas primeiras 48 a 72 horas, o preenchimento do Guia Orientador de recolha de informação.

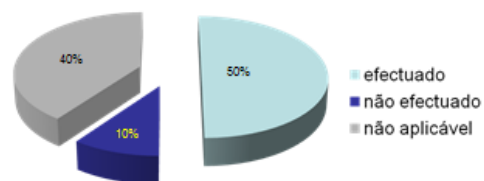
**Resultados:**

8. Informar o familiar/pessoa significativa sobre as rotinas da Unidade, horários de visita e recursos de que o Hospital dispõe.

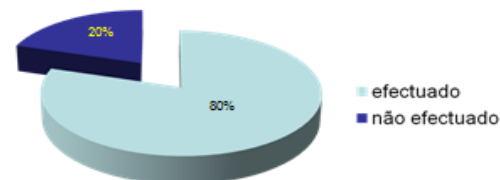


**Resultados:**

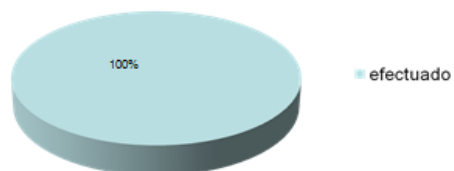
9. Fornecer o contacto telefónico direto da Unidade, e/ou Geral.

**Resultados:**

10. No fim da visita sempre que possível o enfermeiro deverá acompanhar ou providenciar para que a assistente operacional acompanhe o familiar à saída da Unidade.

**Resultados:**

11. Inclusão de registos de enfermagem relativamente à família no processo clínico.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Diário da República. (2009). Lei nº 106/2009 de 14 Setembro - Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Acedido em 27-10-2016. Disponível em: [http://www.tr.pt/biblioteca/diariaderepublica/lei\\_106\\_2009.htm](http://www.tr.pt/biblioteca/diariaderepublica/lei_106_2009.htm)
- Direcção Geral de Saúde. (2000). Circular Normativa: Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados. Ministério da Saúde. Acedido em 27-10-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directoria-geral-da-saude/circular-normativa/circular-normativa-n-43-2000.aspx>
- Direcção Geral de Saúde. (2012). Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). Norma nº 029/2012. Acedido em 29-10-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directoria-geral-da-saude/circular-normativa/circular-normativa-n-029-2012.aspx?uri=6f7e138e-8e8e-48a5-9f20-1740794a917b20810000B02F0a71AA&pg=AF201CNH721501ER1Lucip0H5n5N0t0u>
- Estanqueiro A. (1996). Saber lidar com as pessoas. Princípios de comunicação interpessoal. Bilibrial Presença, Lisboa, p. 19-68.
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures: Lusodocência.
- Lazare, H. (1994). Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. (Tradução de Margarida Cunha Rosa). Lisboa: Lusodocência.
- Norma/ Procedimento. (2009). Acompanhamento Familiar em Internamento na UCAPD. NO/PO/001/00/09 de 16-11-2009.
- Ordem dos enfermeiros (2009). Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à Análise dos Casos. Acedido em 23-10-2016. Disponível em: [http://www.odem.pt/ordem/enfermeiros/ordem/enfermeiros/Documentos/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_2009.pdf](http://www.odem.pt/ordem/enfermeiros/ordem/enfermeiros/Documentos/CodigoDeontologicoEnfermeiro_2009.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIFE Versão 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paravilla, B., M. & Viver, C. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermería Intensiva, 23(2), p.51-67.
- Regulamento Interno das visitas e acompanhamentos de doentes internados. HSB, 2006.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família (3ª ed.). São Paulo: Roca.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
- Apresentar os resultados à equipa de enfermagem feita através da check list de observação da Norma de Acolhimento	- <i>Checklist</i> . - Resultados da Avaliação.	Método expositivo	Computador projeção em LCD	8min
- Refletir sobre as estratégias de mudança nas práticas da equipa do Serviço promotoras de um acolhimento personalizado.	- Análise das práticas da equipa relativamente ao Acolhimento. Estratégias a adotar para um acolhimento mais personalizado.	Método expositivo  Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador projeção em LCD	12 min
-				

### **Avaliação:**

#### **Questionário:**

1- Que grau de importância atribuiu aos conteúdos adquiridos na Formação, para a sua prática diária?

Nada importante\_\_ Pouco importante\_\_ Importante\_\_ Muito importante\_\_

2- Identifique duas estratégias a adotar como enfermeiro para efetuar um acolhimento mais personalizado.

3- Classifique a capacidade de exposição, clareza e domínio do formador em relação às temáticas elaboradas?

## AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Foram realizadas duas ações de formação para apresentação à equipa de enfermagem dos resultados da observação efetuada feita através da *checklist* de observação da Norma de Acolhimento.

Compareceram no total das duas ações de formação 18 elementos correspondendo a 80% enfermeiros do serviço. Posteriormente foi apresentada aos restantes elementos os resultados em reuniões informais.

Foram apresentados os resultados da *checklist* de observação da Norma de Acolhimento também aos dois elementos fixos da equipa médica em reunião informal.

### 1- Relativamente ao grau de importância que atribuiu aos conteúdos da formação:

- Atribuíram grau de importante: **4 elementos. (20%)**
- Atribuíram grau de muito importante: **16 elementos. (80%)**

### 2- Identifique duas estratégias a adotar como enfermeiro para efetuar um acolhimento mais personalizado.

- Ir ao encontro do familiar e não ter uma atitude passiva: **12 vezes referido.**
- Usar uma linguagem que seja perceptível pelo familiar: **8 vezes referido.**
- Alertar previamente para o aparato tecnológico do quarto onde se encontra o seu familiar: **8 vezes referido.**
- Tentar identificar enquanto fala com o familiar quais as necessidades que ele tem para providenciar um melhor acolhimento: **4 vezes referido.**
- Tentar providenciar com o familiar qual o horário de visita mais adequado às necessidades do familiar: **4 vezes referido.**
- Tentar providenciar horários mais flexíveis de acordo com as necessidades dos familiares: **4 vezes referido.**
- Dar informação do ponto de vista dos cuidados de enfermagem: **4 vezes referido.**
- Encaminhar para o médico assistente: **duas vezes referido.**

**3- Relativamente à capacidade de exposição, clareza e domínio do formador em relação à temática apresentada:**

- Grau de exposição- Muito Bom: **Referido por 16 elementos. (80%).**
- Grau de exposição- Bom: **Referido por 4 elementos. (20%)**

No fim da sessão formativa e após um trabalho conjunto de reflexão junto da equipa de enfermagem, esta reconheceu que era muito importante ter em consideração as atitudes mais adequadas a ter com os familiares com vista a acolhimento personalizado.

De acordo com os resultados obtidos verifica-se que a equipa de enfermagem está mais consciente das etapas a percorrer com vista a adotar na interação com os familiares um acolhimento mais estruturado e personalizado.

Foram várias as estratégias identificadas pela equipa de enfermagem com vista a um acolhimento personalizado o que representa um crescimento da equipa visto estarem mais sensibilizadas para as necessidades dos familiares com o objetivo de realizar um acolhimento estruturado personalizado.

Relativamente à necessidade de preencher o Guia Orientador de recolha de informação aos familiares a equipa de enfermagem ficou sensibilizada para a necessidade de ser preenchida com o máximo de informação que nos facilitasse um acolhimento com vista à satisfação das reais necessidades dos familiares.

Por fim, relativamente à capacidade de exposição, clareza e domínio do formador em relação à temática apresentada os resultados foram perfeitamente alcançados.

Durante a apresentação dos resultados à equipa médica, esta ficou sensibilizada também para a importância de horários flexíveis e de acordo com as verdadeiras necessidades dos familiares.

## **APÊNDICE XX - Estudo de caso em CSP**

## **Estudo de caso em CSP**

### **Local de Estágio: UCSP da ARSLVT- Janeiro/Fevereiro 2017**

A elaboração do estudo de caso foi uma das metodologias utilizadas para a reflexão sobre aprendizagem acerca do processo de construção da parceria com a pessoa idosa e familiares em contexto Comunitário na UCSP de uma zona de Lisboa.

Optámos novamente pela utilização do Modelo de Parceria para conduzir a intervenção de enfermagem durante o referido estágio, pelo que pensamos que será adequado, a sua utilização para enquadrar esta apresentação, através das suas 5 fases: O revelar-se, O envolver-se, O capacitar ou possibilitar, O comprometer-se e O assumir o controlo do cuidado de si próprio ou O assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009, 2013).

Usámos como referencia, o guião do processo de construção de parceria utilizado na elaboração do estudo de caso no estágio anterior na UCIMCR de um Hospital da zona de Lisboa, adaptado a uma nova realidade.

#### **REVELAR-SE**

A entrevista foi efetuada na segunda semana de estágio, já tendo sido efetuadas três visitas domiciliárias anteriormente tendo existido o tempo necessário para darmos-nos a conhecer.

O Revelar-se é a fase inicial na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa e seus familiares e "...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do utente, da família e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados." (Gomes, 2013, p. 99). Nesta etapa, o enfermeiro tem como objetivo dar-se a conhecer à pessoa idosa e família, conhecer a identidade da pessoa idosa e família, os seus contextos de vida, a história da doença, assim como o seu potencial de desenvolvimento, com o intuito de ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida.

#### **Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa e Família**

A enfermeira orientadora, na primeira visita domiciliária efetuada, apresentou-nos à Sra. X (esposa e cuidadora) e ao marido (Sr. A), dizendo o nosso nome, a profissão

e o estágio que estávamos a realizar. Na segunda semana, após ter sido escolhida a família para a elaboração do estudo de caso em conjunto com a enfermeira orientadora, explicámos à Sra. X o que pretendíamos efetuar, quais os objetivos do estudo e que seria sempre garantida a confidencialidade e o anonimato. A entrevista foi efetuada diretamente com a esposa e com a sua filha, visto o marido ter um síndrome demencial e não ser possível conseguir-mos ter com ele um diálogo no qual conseguíssemos obter respostas para a realização do nosso estudo de caso. Após a autorização da Sra. X e da sua filha, combinámos para o dia 25 de Janeiro de 2017, a realização da entrevista. Procurámos sempre promover um ambiente favorável à interação, respeitando o ritmo da Sra. X e da sua filha, mostrando disponibilidade e atenção adequadas. A entrevista foi feita no quarto onde o marido da Sra. X costuma passar a maior parte do tempo, conjuntamente com a presença de uma das suas filhas que vive na mesma casa. Encontrámos da parte da Sra. X e da sua filha toda a abertura para realização da entrevista e o ambiente foi sempre caracterizado pela amabilidade e boa disposição.

### **Conhecer a Identidade da Pessoa Idosa**

O Sr. A tem 83 anos, biótipo humano branco e gostava de ser tratado por Sr. A. Vive com a esposa (a Sra. X) na mesma casa. Tem nacionalidade portuguesa e é natural de Lisboa. Não frequentou a escola mas sabia ler e escrever com alguma dificuldade. O Sr. A era pedreiro de profissão, mas está reformado há mais de 20 anos. A Sra. X tem 80 anos, biótipo humano branco e gosta de ser tratada por Dona X. Também tem nacionalidade Portuguesa e também é natural de Lisboa. Era empregada de limpeza de profissão, mas também está reformada há mais de 20 anos. Nunca frequentou a escola mas sabe contar e não sabe ler.

A Dona X disponibilizou à equipa de saúde o seu número de telemóvel e o da filha, em caso de necessidade.

A Dona X., tem 7 filhos, três rapazes e quatro raparigas. Tem 15 netos. A filha mais velha chama-se Ro. (51 anos). Viúva, não voltou a viver com ninguém, (tem 2 filhos, 1 rapaz e uma rapariga). A Si. Tem 48 anos e vive em união de facto. (tem 3 filhos, 2 rapazes e 1 rapariga). A Sa. tem 43 anos, é divorciada (tem 2 filhos, 1 rapaz e 1



rapariga). A Is. Tem 42 anos, é casada. (tem 1 rapaz). Reside num país da Comunidade Europeia atualmente. O Sé. tem 53 anos, é divorciado e vive sozinho. (tem 2 filhos, 1 rapaz e 1 rapariga). O He. Tem 50 anos, é divorciado e vive sozinho. (tem 2 filhos, 1 rapaz e 1 rapariga). Vive também num país da Comunidade Europeia atualmente. O Pa. Tem 49 anos, é casado. (tem 3 filhos, 2 rapazes e 1 rapariga).

## **Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa**

O Sr A e a Dona X, são casados há 60 anos.

A filha referiu que os pais nunca se deram bem, que o pai antigamente bebia muito e quando chegava a casa batia na mãe. Referiu que desde sempre tem recordações do pai como uma pessoa que batia nela e nos irmãos e que eles não tinham respeito por ele, mas sim medo.

Atualmente, apenas a Sa. vive com os pais conjuntamente com os seus dois filhos. A Sa. referiu inclusive que só ajuda no tratamento do pai porque tem que ser e aparenta ainda alguma revolta interior em relação à sua juventude relacionada com a relação algo turbulenta com o pai. A Dona X, apesar de atualmente o marido estar acamado e dependente nas AVDs, tem ainda uma relação de alguma submissão em relação ao marido.

Até 2015, o Sr. A residia com a esposa em Centro de Dia, de segunda a sexta-feira e à noite regressavam a casa.

A Sra. X assume-se como a cuidadora formal do Sr. A e é autónoma.

Inicialmente existiu algum desleixo na forma como o Sr. A era tratado, ficando a maior parte do tempo, ou sentado na cadeira de rodas, ou ficando deitado sem o posicionarem adequadamente nem o mudarem de posição com alguma regularidade e nesse contexto adquiriu uma escara no calcâneo do pé direito.

O Sr. A devido ao facto de apresentar um Síndrome Demencial não participa na relação com a sua família. Tem uma aparência de certa forma apática e alheada da realidade.

Apesar de existir alguma conflitualidade entre a Sa. e a Dona X, verifica-se ao mesmo tempo um grande afeto entre ambas.

A Dona X costuma ir à mercearia fazer compras. Não tem muitas amizades na vizinhança. Refere que não quer que saibam a vida dela. Apenas se dá com a

vizinha da porta ao lado e referiu que quando precisa de alguma coisa pode contar com ela. Gosta muito dos netos que vivem com ela (filhos da Sa.) e tem uma relação de muita afetividade com eles.

De certa forma, o suporte desta família está centrado por um lado na mãe, mas também a Sa. tem um peso muito grande nesse equilíbrio. A Sa. referiu que as outras duas irmãs (a Ro. e a Is), aos fins de semana tentam estar com os pais e ajudam no que é necessário. Já o He. e a So., que estão fora do país, ajudam economicamente nas despesas do dia a dia da Dona X.

A nível económico, a Dona X, vive numa casa com renda controlada da camara e apenas vive da pequena reforma dela e do seu marido.

A Dona X, apesar de ser católica e toda a família batizada, referiu que muito raramente vai à igreja.

A Sa. trabalha a partir de casa. Utiliza um computador e é responsável por fazer a gestão de uma carteira de trabalhadores da construção civil que trabalham para o Irmão, (He.) na sua empresa de construção civil, na Europa.

O Sé., não tem qualquer contacto com a família. Há 6 meses que não dá notícias, está em destino incerto.

Como rede de apoio, o Sr. A é seguido numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários da sua área de residência. Têm médico de família. A esposa refere que é uma boa médica. Por outro lado, a enfermeira da ECCL, efetua a visita domiciliária diária para fazer tratamentos relacionados com escaras que o Sr. A apresenta em várias partes do corpo.

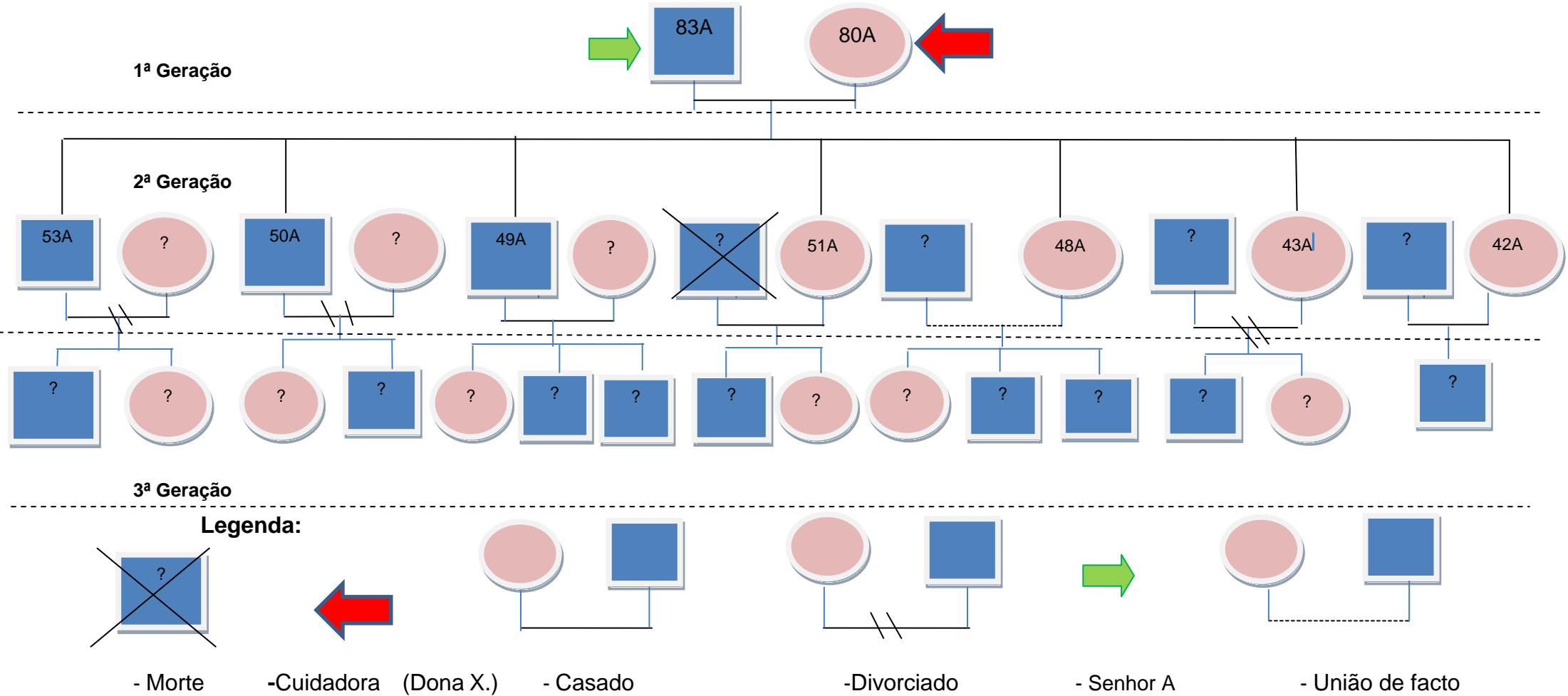
Inicialmente tentaram o apoio de uma Instituição para os cuidados de higiene diários, mas verificou-se que as respostas sociais não conseguiam dar o apoio adequado porque as horas a que vinham prestar os cuidados, não eram fixas, outras vezes vinham muito tarde e o senhor A estava sujo de fezes. Por esses motivos foram obrigados a contratarem uma cuidadora privativa, que mora no r/c do mesmo prédio e que vai duas vezes por dia prestar cuidados ao Senhor A. De manhã a cuidadora efetua os cuidados de higiene e à tarde, regressa para o posicionar e se são necessários mais alguns cuidados, também são efetuados por ela.

Wright & Leahey (2013), referem a necessidade da elaboração do Genograma e do Ecomapa, em todas as famílias que estão ao cuidado da equipa de enfermagem por mais que um dia, como sucede com o Sr. A.

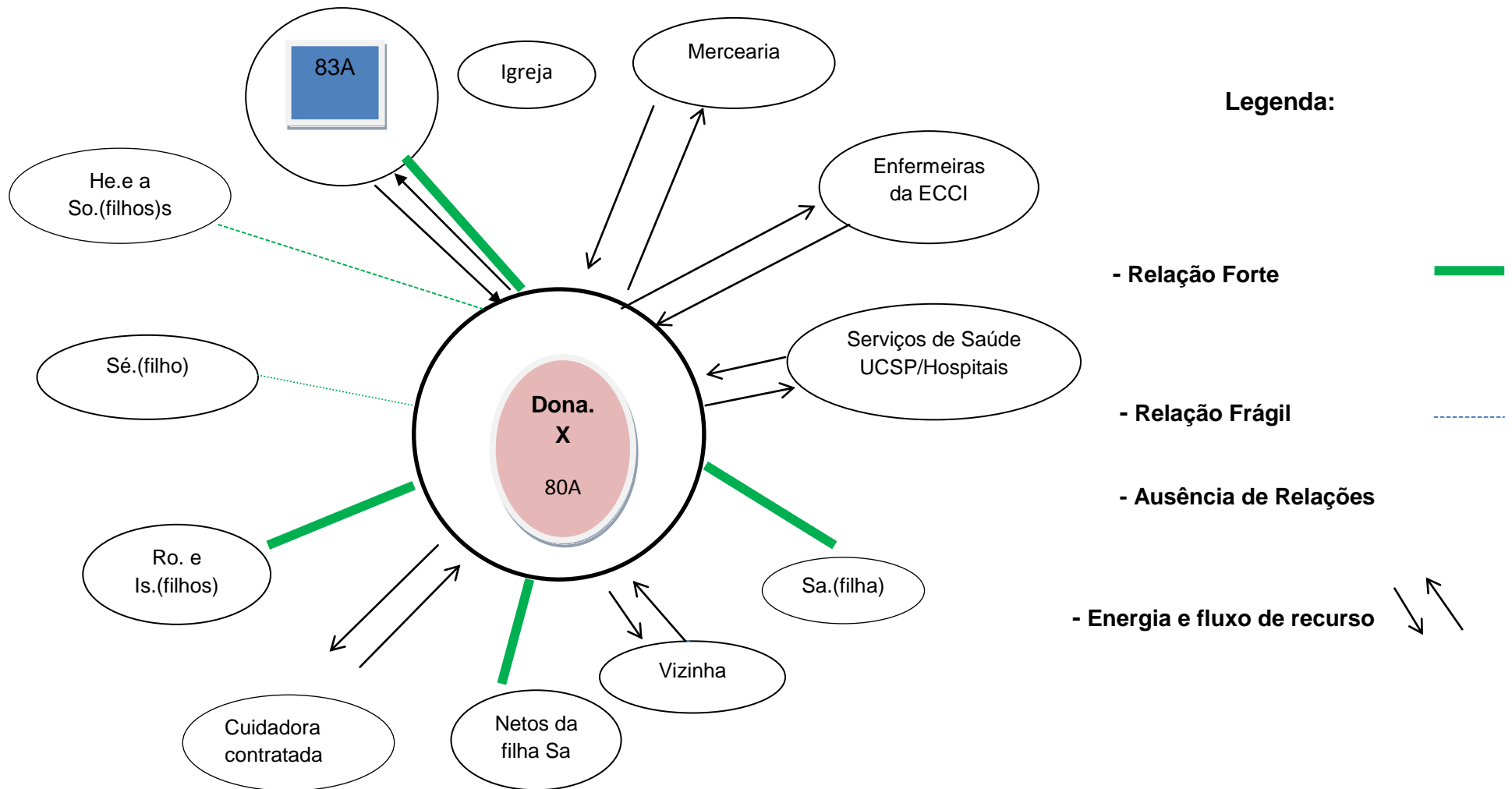
De seguida, apresentamos o Ecopama e o Genograma, mas focando-nos na cuidadora, a Dona X.

Neste estudo de caso iremos por um lado descrever o caso do Sr. A, mas ao mesmo tempo vamos ter o nosso foco de atenção na Cuidadora Formal a Dona X.

Ilustração 1 - Genograma da Dona X



**Ilustração 2 - Ecomapa da Dona X (Cuidadora)**



## **Conhecer a História de Doença da Pessoa Idosa**

Atualmente o Sr. A está a ser seguido na UCCI desde Agosto de 2016. Foi referenciado pela UCCI da zona onde atualmente mora, com o diagnóstico Síndrome Demencial e status pós amputação do membro infº direito pelo terço inferior da coxa. Aguarda vaga para Unidade de Cuidados de longa Duração desde Setembro de 2016.

Antes do último internamento, estava referenciado e a aguardar vaga para Unidade de Internamento de Média duração e Reabilitação. Já tinham sido efetuados vários ensinamentos pela equipa de UCCI, mas esta família não cumpria os cuidados estabelecidos. Deixavam o Sr. A horas sentado na cadeira sem o posicionarem e quando era deitado raramente o posicionavam.

Num contexto de agravamento do estado de saúde do Sr. A, a família recorreu ao Hospital da zona de residência em Julho de 2016, tendo entrado na Urgência com o diagnóstico de necrose do calcâneo direito com sinais inflamatórios associados a contexto de isquemia crónica. Durante o internamento, o Sr. A. foi amputado ao nível do membro infº direito pelo terço inferior da coxa.

Os antecedentes pessoais relevantes:

- Síndrome demencial. (Com Internamento no Serviço de Neurologia 15-12-2014 a 18-12-2014, onde efetuaram o diagnóstico e foi seguido em consultas).
- Hipertrofia benigna da próstata.
- Hipertensão arterial.
- Dislipidémia.
- Gastrectomia (etiologia não esclarecida em 1990).
- Operada à coluna em 2014.
- AVC (Outubro de 2015).
- Hemiartróplastia da anca direita por fractura subcapital do fémur. (3-05-2016). Motivo: queda da própria altura. Cirurgia sem complicações.
- Desconhece-se hábitos tabágicos ou alcoólicos.
- Sem alergias medicamentosas.
- Não tem alergias ou hábitos aditivos.

O Sr. A estava polimedicado<sup>1</sup> e tomava 7 medicamentos diariamente. De acordo com o conceito de Henriques (2011, 2013), a polimedicação é um fator preditor de efeitos adversos na saúde, pelo que é adequado conhecer o regime terapêutico do Sr. A e a forma como era realizada gestão da sua terapêutica.

Ele não é autónomo na gestão da sua medicação, quem prepara a medicação é a esposa que refere que dava a medicação mais ou menos a horas. O esquema terapêutico do Sr. A é o seguinte:

**Tabela 1- Regime medicamentoso do Sr. A**

<b>Horas Medicação</b>	<b>jejum</b>	<b>P. almoço</b>	<b>Almoço</b>	<b>Lanche</b>	<b>Jantar</b>	<b>Deitar</b>	<b>S.O.S.</b>
<b>Valsartan 80mg</b>		1 comp.					
<b>Sinvastatina 20 mg</b>					1 comp.		
<b>Mementina 10mg</b>	.	1 comp.			1 comp.		
<b>Ac. Fólico 5 mg</b>		1 comp.					
<b>Quetiapina 100 mg</b>					1 comp.		
<b>Omeprazole</b>	1 comp						
<b>Paracetamol 1gr</b>							Se dores

Esta prescrição de terapêutica foi instituída no hospital quando o Sr. A. foi submetido a amputação ao nível do membro inf<sup>o</sup> direito pelo terço inferior da coxa, em Agosto de 2016 após a alta clínica.

---

1 Polimedicação define-se como o consumo de quatro ou mais medicamentos simultaneamente. Henriques (2011,p.14) afirma que esta definição é “ puramente numérica que não tem em conta a adequação da prescrição e a complexidade do regime medicamentoso”.

## **ENVOLVER-SE**

Envolver-se, é a segunda fase do processo de construção da parceria de acordo com o modelo de Parceria (Gomes 2013). Nesta fase, procurámos manifestar recetividade para ouvir a Dona A, criar empatia, partilhar sentimentos e procurar encontrar a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Na construção da parceria com a Dona A, tivemos a necessidade de deixar espaço para que ela exteriorizasse os seus sentimentos. A dona A gostava de falar e recordar os tempos em que era jovem. Foi-lhe perguntado em tom de brincadeira, “que com os olhos azuis que tinha, deveria ser uma rapariga muito bonita quando era jovem e que provavelmente o Sr. A andou a toda a hora de volta dela”. Ela interrompeu-nos e disse-nos que não tinha sido bem assim, que era ela que tinha feito “olhinhos ao marido”, que tinha sido ela que tinha andado de volta dele. Durante as três primeiras visitas, criou-se um clima que facilitou o envolvimento com esta família, tendo inclusive a filha (Sa.), ajudado num dos dias a posicionar o pai e ter sido bastante simpática, atitude que no primeiro dia que efetuamos a visita com a enfermeira, nem um olhar esboçou enquanto entrávamos em casa.

## **Conhecer as Particularidades do Processo de Envelhecimento na Pessoa**

Na construção do processo de parceria com a Dona X e com o seu marido, tivemos necessidade de um envolvimento maior para examinar as suas necessidades e potencialidades, tendo sempre em conta a sua intimidade e privacidade. Neste contexto, o recurso à avaliação multidimensional contribuiu para a objetividade, deteção e quantificação da deterioração e incapacidade do Sr. A, e para avaliar a Cuidadora Formal, neste caso a Dona X, servindo de guia orientador na tomada de decisão sobre os cuidados mais adequados a prestar.

De seguida, passamos a descrever as várias escalas aplicadas relativamente ao Sr. A. e a pontuação em cada uma delas:



- Mini Mental State Examination. Estado mental (consciência/ orientação, Estado funcional). **Pontuação:** 0 (Síndrome Demencial).

O Sr. A não apresenta um discurso coerente. Está desorientado no tempo e no espaço. Apenas em escassos momentos responde a pequenas ordens simples. De acordo com a esposa no último ano as suas funções cognitivas pioraram consideravelmente. Muito raramente tem frases completas com sentido.

- (Marcha: escala de Holden. **Pontuação:** 0 (Acamado).

O Sr. A. já não sai da cama e não tem capacidade para se autoposicionar. Está completamente dependente em relação à sua mobilidade.

- Atividades. Básicas de Vida: E. de Barthel **Pontuação:** 0. O Sr. A está completamente dependente de terceiros.

- Atividades Instrumentais de vida: Índice de Lawton&Brody. **Pontuação:** 0

- Atividades de Vida Básicas Escala de Katz. **Pontuação:** 0

- Estado Nutricional Mini-Nutritional Assessment (MNA) . **Pontuação:** 8. O Sr.A. atualmente faz quatro refeições diárias e ainda está a fazer aporte suplementar de proteínas através de batidos preparados.

- Escalas de heteroavaliação PAINAD. **Pontuação:** 0 em repouso e 6 nos posicionamentos e na elaboração de pensos das escaras.

- Escala de Braden. **Pontuação:** 10

O Sr. A. apresentava várias úlceras de pressão que passamos de seguida a descrever pormenorizadamente:

- Região dos trocânteres bilateral. Úlcera de Pressão de categoria IV.
- Região sacrococcígea. Úlcera de Pressão de categoria IV.
- Região calcâneo esquerdo. Úlcera de Pressão de categoria III.
- Membro infº direito no terço inferior da coxa no local do coto (zona de amputação), com deiscência da sutura.
- As escaras da região trocantérica bilateral e região sacrococcígea apresentam uma área de 5cmX5cm e são feitos com penso composto por Alginato de Cálcio, hidrofibras e carvão, pelo facto de apresentarem um exsudado abundante.
- A escara da região calcâneo esquerdo tem uma área de 3cmX3cm e é feita com penso (Mepilex Border), por apresentar exsudado moderado.

- O penso do membro infº direito amputado, zona do coto é feito com gaze de iodoformada (Inadine).

De acordo, com a classificação clínico-funcional do idoso de (Moraes, 2014) o Sr. A. situa-se na categoria de Idoso Frágil de Alta Complexidade. É a pessoa idosa portadora de declínio funcional eminente.

De seguida passamos a apresentar as escalas de avaliação multidimensional direcionadas para a Dona X aplicadas, com o objetivo de saber qual o seu estado funcional e por outro lado se sente dificuldades e alguma satisfação como cuidadora.

- Mini Mental State Examination de Folstein. Estado mental (consciência/ orientação, Estado funcional). **Pontuação: 23**
- (Marcha: escala de Holden. **Pontuação: 5**
- Atividades. Básicas de Vida: E. de Barthel. **Pontuação: 50**
- Atividades Instrumentais de vida: Índice de Lawton & Brody. **Pontuação: 8**
- Atividades de Vida Básicas Escala de Katz. **Pontuação: 6**
- Escala para avaliação do funcionamento familiar (APGAR). **Pontuação: 4**
- Escala CASI (Avaliação da satisfação dos cuidadores). **Pontuação: 51**

Esta escala, é constituída por trinta itens agrupados em três categorias e varia entre 30 e 120 pontos, pois resulta da soma das pontuações obtidas nos itens que a compõem, desta forma o ponto central da escala é o valor 75 (quanto maior a pontuação maior a satisfação) que será utilizado como referência para comparar com os resultados obtidos da mesma escala. Neste sentido a Dona X não apresentava grande satisfação em cuidar do seu marido.

- Escala CADI (Avaliação da dificuldades dos cuidadores). **Pontuação: 71**  
Esta escala, apresenta valores que podem variar entre 0- 90, assumindo o valor zero no caso do cuidador responder a tudo “Não acontece no meu caso” e o de noventa no caso do cuidador responder a tudo “Acontece e perturba-me muito”. O ponto central da escala é o valor 45. Podemos afirmar que valores abaixo deste indicam menos dificuldades. Neste sentido, a Dona X apresentava dificuldades em cuidar do marido.
- Escala CAMI (índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta dificuldades). **Pontuação: 68**

Esta escala, permite observar as estratégias utilizadas pelos cuidadores para superar as dificuldades.

- A escala de coping dos cuidadores apresenta quatro opções de resposta, onde a soma dos resultados demonstra o coping do cuidador. A pontuação da escala resulta da soma das pontuações dos itens, pelo que a escala global varia entre 38 e 152 (o ponto central é 95). Neste sentido a Dona X. apresentava dificuldades em arranjar estratégias para cuidar do marido.

### **Conhecimento dos recursos da Dona X**

Como foi referido anteriormente, a Dona X vive com a filha (a Sa.) e com os dois netos. Referiu sentir-se com alguns recursos para manter-se independente e autónoma, na sua casa, mas sentia que por vezes os recursos eram escassos para cuidar do seu marido e neste sentido, contava com a ajuda de alguns dos filhos e com o suporte da cuidadora contratada. Sentia-se cansada e sem tempo para fazer as suas atividades do dia-a-dia. Referia que sentia que os enfermeiros eram um suporte fundamental para tratarem das úlceras de decúbito que o marido apresentava e de a ajudarem nas dúvidas que por vezes apareciam quando tentava cuidar do marido.

Nesse sentido, sentimos necessidade de construir, em conjunto com a Dona X., com a filha e com a cuidadora contratada, uma ação que as ajudasse, a capacitá-las para cuidarem do Sr. A. O Sr. A. já estava referenciado e aguardar vaga numa Unidade de Longa Duração desde Setembro de 2016 como já foi referido anteriormente.

Assim, na construção do processo de parceria com a Dona X., surgiu a 3ª fase, que apresentamos de seguida.

### **CAPACITAR OU POSSIBILITAR**

Esta terceira fase do Modelo de Parceria, de acordo com (Gomes, 2013) é a fase de capacitar ou possibilitar, em que se irá construir uma acção conjunta, com vista ao desenvolvimento de competências para actuar e decidir. Mas também é a fase de viabilizar o cuidado do outro, como uma outra característica para a construção de um processo de parceria, e que passa por uma acção em que há

lugar à partilha de significados da experiência vivida e do poder na acção revelada através de uma postura de compaixão e delicadeza por parte do enfermeiro (Gomes 2013).

Durante os vários dias que efetuámos a visita domiciliar ao Sr. A., procurámos a construção de um processo de parceria com a Dona X. e com a filha através da negociação, fundamentada na informação, na reflexão conjunta, da partilha da responsabilidade e poder, no sentido de transformar as suas capacidades potenciais em reais, afim de poder assumir o cuidado de si (Gomes, 2013) e ao mesmo tempo ter estratégias para cuidar do Sr. A. de uma forma estruturada.

A intervenção inicial passou por sensibilizar a Dona X para a importância dos posicionamentos no Sr. A. Procurámos sensibilizar também a cuidadora contratada para a importância do Sr. A. ser posicionado pelo menos de três em três horas. Explicámos tanto à Dona X., como à cuidadora contratada, a necessidade de uma higiene rigorosa com vista à prevenção de infeções. Preocupámo-nos em validar a informação dada sobre o regime terapêutico do Sr. A, visto ter-mos detetado pelas conversas com a Dona X, que por vezes, ela era pouco rigorosa com os horários de administração da terapêutica do Sr. A.

Explicámos à Dona X, a necessidade do Sr. A. tomar a medicação a horas certas e nesse sentido sensibilizamos a esposa para a importância de comprar umas caixinhas próprias onde ficariam descritas a horas da medicação e as doses a administrar.

Procurámos sensibilizar a Dona X. para a necessidade dela avaliar a dor do Sr. A. de uma forma mais estruturada e explicámos-lhe a importância de tentar perguntar ao marido se tinha dores ou não e nos momentos em que ele tivesse menos lúcido, procurasse olhar para a expressão do marido para verificar se apresentava sinais de desconforto. Nessa altura, sensibilizámos a Dona X para a necessidade dela dar-lhe a medicação que tinha em SOS para as dores. Como os pensos das escaras eram feitos diariamente, sugerimos à Dona X. que ela administrasse 1 hora antes de irmos fazer os pensos ao Sr. A. 1 gr de paracetamol, visto termos verificado que ele durante os procedimentos relativos aos pensos apresentava um facis de dor.

Explicámos à Dona X. que seria importante que fosse providenciada a compra de um colchão de ar adequado para colocar na cama do Sr. A., com o objetivo dele

estar o menos tempo possível na mesma posição. Que era importante que a alimentação do Sr. A. fosse mais rica em proteínas e vegetais, passando naturalmente pela fruta visto ele estar demasiado emagrecido. Reforçámos o ensino relativo à importância de uma alimentação variada e várias vezes ao dia.

Direcionámos também o ensino para a Dona X. tentando saber se ela estava a dormir bem. Referiu-nos que só dormia tomando um comprimido de 15 mg de Midazolan e que já há muitos anos que não passava sem esse comprimido. Disse que às vezes irritava-se com a filha e que tinha receio que a tensão aumentasse. Procurámos sensibilizar a filha (Sa.) para a necessidade de ter mais tolerância com a mãe, visto ela já por si sofrer uma grande pressão por estar a tomar conta do seu pai, no dia-a-dia.

Como observámos que a Dona X. tinha um aparelho de avaliar a tensão arterial em cima da mesa-de-cabeceira, tentámos a aferir com a Dona X. se ela sabia trabalhar adequadamente com o aparelho. Verificámos que não tinha pilhas. No dia seguinte a filha já tinha comprado as pilhas. Colocámos o aparelho em funcionamento, avaliamos a tensão arterial da Dona X. e inclusive da filha e fizemos um reforço da forma como o aparelho funcionava. Explicámos a importância dos valores da tensão arterial e quais os valores com que seria importante ficar alerta. Por fim avaliamos a tensão arterial do Sr. A. Verificámos que estavam dentro de valores normais e reforçámos a ideia que era importante avaliar a Tensão arterial tanto do marido como da Dona X. diariamente.

Procurou-se sensibilizá-la e fazê-la refletir, sobre as suas dificuldades e ganhos em relação à gestão da doença do Sr. A, para melhor compreender a singularidade do seu percurso de forma a assumir o controlo do cuidado de si e o cuidado do marido.

No processo de parceria a capacitação para assegurar o cuidado de si, no que diz respeito à gestão da doença do Sr. A., exige um compromisso mútuo entre a Dona X e a equipa de enfermagem para conseguirem atingir os objetivos acordados. Encontrámos assim a interligação no processo de parceria com a pessoa idosa com a 4ª fase: Comprometer-se; que em relação Dona X., apresentamos de seguida.

## COMPROMETER-SE

Na elaboração do processo de parceria com a pessoa idosa, em conformidade com o modelo de parceria, existe uma quarta fase que pode ser designada pelo termo comprometer-se e que se define pelo “...*desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objectivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa, ...*” (Gomes, 2013, p. 103).

As ações desenvolvidas nesta fase do processo de parceria, procuraram promover a integridade cutânea e a debilidade física do Sr. A. e por outro lado, procuram promover uma transição progressiva da capacidade potencial da Dona X. para a capacidade real, a fim de poder continuar com a sua trajetória de vida (Gomes, 2013).

O plano de cuidados ajuda a tornar visível o esforço conjunto entre o enfermeiro, a Dona X e a sua filha (Sa.), com o intuito de traçar objetivos de forma a promover o cuidado de si e o cuidado do outro. Para o aprofundamento da nossa aprendizagem, na promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, apresentamos de forma esquemática o Plano de Cuidados, incluindo alguns dos problemas, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos, pela Dona X., a filha e o enfermeiro.

		<b>PLANO DE CUIDADOS</b>		
<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
- Zonas corporais do Sr. A mal cuidadas por deficientes cuidados de higiene efetuados tanto pela Dona X, como pela cuidadora contratada.	Que a higiene do Sr. A seja efetuada todos os dias e de forma adequada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar informação sobre o posicionamento mais adequado durante as fases da higiene corporal.</li> <li>- Sensibilizar a cuidadora e a Dona X para a importância de vigiar a pele.</li> <li>- Sensibilizar a cuidadora e a Dona X para a importância da aplicação de creme protetor na região corporal.</li> </ul> <p>Sensibilizar para a importância das mobilizações passivas e dos posicionamentos</p>	- Comprometeram-se a estar mais atentas à higiene corporal do Sr. A. e a efetuar os procedimentos de acordo com o que foi explicado com a enfermeira.	- As zonas corporais do Sr. A apresentam-se mais hidratadas menos maceradas e com uma higiene adequada.

<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
O Sr. A apresenta várias úlceras de decúbitos devido à imobilidade e por posicionamentos inadequados.	Que as úlceras de pressão regridam até desaparecerem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar à Cuidadora contratada e à Dona X, a necessidade do marido ser posicionado várias vezes ao dia. De preferência duas em duas horas.</li> <li>- Sugerir à filha da Dona A, a necessidade de comprarem um colchão anti escara (de pressão alternada).</li> <li>- Efetuar pensos diários com:</li> <li>- Zonas muito exsudativas- Penso com Alginato da Ca+ Carvão</li> <li>- Zonas moderadamente exsudativas com penso de Mepilex Border.</li> <li>- Deiscência da sutura do coto (m<sup>o</sup> inf<sup>o</sup> dt<sup>o</sup> amputado) com compressa de Inadine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A esposa a Cuidadora e filha comprometeram-se a posicionar o Sr. A mais vezes, pelo menos de 3 em 3 horas.</li> <li>- A filha comprometeu-se em comprar um colchão anti escara.</li> <li>- Os enfermeiros comprometeram-se a ir diariamente efetuar os pensos das zonas com escaras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A filha da Dona X comprou o colchão para o pai.</li> <li>- Verifica-se melhoria das zonas escareadas, estando estão em regressão.</li> <li>- O Sr. A apresenta-se posicionado adequadamente quando os enfermeiros chegam.</li> </ul>



<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
- Ambiente conflituoso e com alguma tensão provocada pela atitude da filha da Dona X (Sa.) em relação à mãe.	- Que o ambiente desanuvie e se torne mais agradável entre a filha (Sa.) e a Dona X.	- Sensibilizar a filha para o facto da Dona X já ter sofrido ao longo de muitos anos de maus tratos do pai e que também ela precisa de ser acarinhada. - Facilitar a expressão de emoções tanto da filha como da Dona X.	- A filha ficou sensibilizada para o problema e comprometeu-se a ter mais cuidado com a forma como lida com a mãe.	- Durante os dias posteriores o ambiente durante as nossas visitas foi mais calmo e sem conflitualidade.
- Risco de não adesão terapêutica provocada por alguma falta de cuidado nas horas de administração dos medicamentos ao Sr A.	- Que o Sr. A, tome a terapêutica de forma adequada e nos horários determinados.	- Identificar a causa da não adesão à medicação. - Informar a esposa sobre a doença do Sr. A e sobre a necessidade de administrar a medicação a horas certas, para evitar reinternamentos. - Reforço do ensino sobre regime terapêutico do Sr. A, à Dona X.	- A filha comprometeu-se a estar atenta e verificar se a mãe dá a medicação a horas certas ao pai. - A filha comprometeu-se a providenciar atempadamente a medicação.	- O ensino foi efetuado e confirmado se tinha sido bem compreendido.

<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Compromissos estabelecidos em Parceria</b>	<b>Avaliação</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar a filha para a importância de tentar validar com a mãe se está a dar a medicação do pai a horas certas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Filha comprometeu-se a comprar as caixinhas para a medicação de forma a que esta ficasse organizada adequadamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Filha comprou as caixinhas para a medicação</li> </ul>
Diminuição da vontade de comer do Sr. A, relacionada com o tipo de alimentação fornecida às refeições.	Que o senhor retome o seu apetite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentar identificar com o Sr. A. os alimentos que não gosta.</li> <li>- Explicar à dona A. a importância de uma alimentação variada, nomeadamente fruta em porções adequadas face à diabetes.</li> <li>- Fornecer aporte calórico através de batidos enriquecidos em proteínas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Dona X. comprometeu-se a dar mais fruta de forma equilibrada ao marido. Comprometeu-se a dar os batidos de proteínas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi aferido com a Dona A. os ensinamentos efetuados.</li> <li>- O Sr. A apresenta aspeto aparente de estar menos magro.</li> </ul>

## **ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO**

Na quinta e última fase do modelo de parceria temos o assumir o controlo do cuidado de si próprio, ou assegurar o cuidado do outro, que “...*significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente*” (Gomes, 2013, p. 103).

Ao longo da construção deste processo, foram identificadas algumas necessidades, negociaram-se um conjunto de estratégias para se atingirem os objetivos, com o intuito da Dona X e a filha, assegurarem o cuidado do Sr. A.

Verificámos que a Dona X. conseguiu atingir alguns dos objetivos para assumir o controlo do cuidado de si, nomeadamente quando nos últimos dias já avaliava a tensão arterial do marido e a dela durante a nossa permanência para efetuarmos os pensos das úlceras de decúbito ao Sr. A.

Verificámos que a caixinha da medicação estava arrumada sempre no mesmo local e a Dona A dizia que tinha dado o comprimido para as dores um tempo antes porque sabia que assim o marido não tinha dores.

Verificámos que a relação entre a filha e a Dona X melhorou consideravelmente, que a filha não questionava tanto a mãe e não criava o ambiente de tensão que inicialmente encontrámos.

Apercebemo-nos da complexidade inerente à construção do processo de parceria e em lidar com a pessoa idosa e família num contexto de vulnerabilidade e dependência (Gomes, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Tomámos consciência de como os compromissos que estabelecemos com a pessoa idosa e família estão permanentemente sujeitos à incerteza e à imprevisibilidade e da necessidade de ter tempo e espaço para construir uma relação de qualidade afim de ajudar a pessoa idosa e família no seu projeto de vida e saúde.

A realização deste estudo de caso segundo o processo inerente ao modelo de parceria permitiu-nos compreender de uma forma mais pormenorizada a intervenção de enfermagem à pessoa idosa e família.

A utilização deste modelo levou-nos a tomar consciência das suas potencialidades, de como nós muitas vezes o utilizamos na nossa prática profissional de uma forma inconsciente, e que usando esta metodologia, verificámos que existe um fio condutor em todas as nossas intervenções de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Guia de Prevenção de Úlceras de Pressão. (2009). European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Acedido: 25-01-2017. Disponível em: [http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg\\_preventionc\\_in\\_portuguese.pdf](http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_preventionc_in_portuguese.pdf)
- Henriques, A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.  
<file:///C:/Users/Am%C3%A9rico%20Reis/Downloads/908-1468-1-PB.pdf>
- Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosa: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 115-174). Loures: Lusociência.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. (Tradução de Margarida Cunha Rosa). Lisboa: Lusodidacta.
- Moraes, E. N. (2012). Atenção à Saude do Idoso: Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido: 25-01-2017. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Moraes, E. N. & Moraes, F. L. (2014). Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium Editorial. Acedido. 1-03-2017. Disponível em: <http://docplayer.com.br/14989491-Avaliacao-multidimensional-do-idoso.html>
- Rocha, J. A, Miranda, M. J., Andrade, M. J. (2006). Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. Acedido em 25-01-2017. Disponível em:

[https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Abordagem+terap%C3%AAutica+das+%C3%BAceras+de+press%C3%A3o:+interven%C3%A7%C3%B5es+bases+na+evid%C3%Aancia&author=Rocha+J%C3%81&author=Miranda+MJ&author=Andrade+MJ&publication\\_year=2006&journal=Acta+Med+Port.&volume=19&issue=1&pages=29-38](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Abordagem+terap%C3%AAutica+das+%C3%BAceras+de+press%C3%A3o:+interven%C3%A7%C3%B5es+bases+na+evid%C3%Aancia&author=Rocha+J%C3%81&author=Miranda+MJ&author=Andrade+MJ&publication_year=2006&journal=Acta+Med+Port.&volume=19&issue=1&pages=29-38)

Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora

Souza Pereira, A. P., Martins Teixeira, G., Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, 62 (3), 407-416.

Acedido: 23-10-2016. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>

Veríssimo, M. T., Ermida, J. G., Clara, J. G., Gruner, H., Duque, A. S. (2011). Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Acedido em 6-02-2016. Disponível em:

[https://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). Nurses and families: a guide to family assessment and intervention (6th Ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

## **APENDICE XXI - Relatório do estágio em CSP**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM CSP**

A elaboração deste relatório pretende apresentar as aprendizagens que realizámos na área dos cuidados de saúde primários (CSP), onde realizámos um estágio de 4 semanas, no período de 19 Janeiro a 20 Fevereiro de 2017, numa UCSP da ARSLVT integrando uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), numa perspetiva reflexiva sobre a intervenção de enfermagem à pessoa idosa e seus familiares na transição hospital/ Domicílio.

A realização da Visita à EGA do hospital onde trabalhamos e o estágio que realizámos na ECCI da UCSP, ajudou-nos na compreensão da dinâmica de funcionamento entre o hospital e os cuidados de saúde primários (CSP), que de certa forma era desconhecida para nós. Neste contexto, foi relevante o papel da nossa orientadora de estágio de cuidados de saúde primários que nos ajudou a compreender os contextos de cuidados, as lacunas e as potencialidades que existem e que influenciam a articulação dos cuidados de saúde com a população.

Apresentamos resumidamente alguns dos elementos organizacionais da ECCI, na UCSP, com o intuito de se compreender a sua organização.

A UCSP insere-se num ACES da ARSLVT, o seu objetivo é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, na sua área geográfica de intervenção (cerca de 9.608 Km distribuídos por três freguesias), garantindo atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, numa perspetiva integrada e em articulação com as instituições parceiras da comunidade.

A área abrangida pelo UCSP apresenta grandes contrastes, quer ao nível do espaço físico, quer ao nível dos aspetos demográficos e socioeconómicos. Coexistem em simultâneo, condomínios de luxo com bairros de habitação social que denotam alguma degradação.

Apenas cerca de 62% da população têm médico de família atribuído.

A UCSP conta com o apoio de uma Unidade Móvel que constitui um extraordinário recurso no apoio junto das populações desfavorecidas e em risco, bem como na deteção, integração e encaminhamento de novas situações.

A equipa onde ficámos integrados era constituída por quatro enfermeiras que trabalhavam em conjunto duas as duas, por zonas residenciais. As duas enfermeiras



com as quais trabalhámos diretamente, uma era especialista em Reabilitação e a que estava propriamente a integrar-nos era especialista em Saúde Comunitária.

Após a admissão na UCC, a equipa de enfermagem da ECCI realizava sempre que possível a primeira visita nas primeiras 24 horas.

Os cuidados eram assegurados por uma equipa multidisciplinar constituída por um médico, uma assistente Social, uma psicóloga e quatro enfermeiras.

Eram diariamente efetuadas visitas domiciliárias que eram previamente programadas através da verificação no sistema informatizado de registos SClinic. Esse sistema continha registos de enfermagem, para além de outros e diariamente após as visitas domiciliárias eram efetuados os registos de acordo com a evolução dos utentes. Nesses registos estavam programados os dias em que eram necessário a equipa de enfermagem se deslocar ao domicílio e os cuidados que os doentes necessitavam.

Nos primeiros dias de estágio tentamos ir ao encontro do objetivo que tínhamos delineado previamente que consistia em **observar o acompanhamento dos familiares da pessoa idosa pela Equipa de Enfermagem da UC do Lumiar na transição Hospital/ Domicílio.**

Sendo a nossa experiencia virada diretamente para o contexto hospitalar em cuidados intensivos, sentimos que seria fundamental a observação do comportamento da enfermeira orientadora na forma como interagia com os utentes nas visitas domiciliárias.

Foi interessante observar a forma como elas estabeleciam uma relação empática com os utentes de forma natural mas sempre com uma intencionalidade subjacente.

Pelo facto de já termos alguns anos de experiencia profissional e termos facilidade no estabelecimento da relação com o doente em contexto hospitalar, rapidamente percebemos as estratégias que as enfermeiras da área dos cuidados de saúde primários utilizavam.

Ao fim de alguns dias de observação decidimos escolher uma determinada família para a elaboração do estudo de caso, que fazia parte de uma das atividades estabelecidas no projeto de estágio.

Verificámos que nos primeiros dias ao entrarmos em casa dessa família, a filha praticamente nos ignorava e pensámos o quanto seria interessante tentarmos envolvê-la mais nos cuidados que eram prestados ao seu pai.

Passados alguns dias utilizando as estratégias adequadas, nomeadamente a cordialidade a simpatia, o pedir de licença para entrar, o pedir a sua colaboração para nos fornecer informações do estado do seu pai, tudo com a intencionalidade de criar laços com a filha, possibilitou ao fim de duas semanas de estágio criar uma relação de confiança e em simultâneo, o envolvimento da filha nos cuidados ao pai.

Durante as visitas domiciliárias verificámos a importância e o respeito que alguns utentes nutrem pelas enfermeiras naturalmente porque tem a consciência que elas são um recurso insubstituível para eles.

A importância de identificar potenciais problemas também foi um facto que sobressaiu da relação entre as enfermeiras nos cuidados domiciliários. Damos como exemplo, a importância de incentivar a família a comprar um colchão de pressão para um familiar que se encontrava acamado e já com muita dificuldade em se mobilizar. O chamar a atenção da família para a importância de mudar a disposição das mobílias no quarto de forma a ser mais fácil posicionar o seu familiar e não a de tornar o quarto esteticamente mais agradável. O falar com os familiares e ter em atenção se aquela família se encontrava coesa. Perceber se existiam relações conflituosas entre os familiares e se necessário sinalizá-los como de potencial risco.

A intervenção utilizando o modelo de parceria permitiu-nos construir uma ação conjunta na promoção do cuidado de si e do outro, de acordo com os problemas identificados, as expectativas, as motivações e o projeto de vida e saúde daquela família. Foram mobilizados os recursos adequados da pessoa, e simultaneamente, foram estabelecidos objetivos comuns, com os quais o enfermeiro e a pessoa idosa e os seus familiares se comprometeram.

Verificámos também a forma como a enfermeira ao efetuar determinado procedimento tinha sempre em conta a promoção da autonomia com vista à independência da pessoa idosa tendo sempre como base as suas limitações e o potencial de melhoria que era possível atingir. Como exemplo salientamos o facto quando estávamos a fazer os pensos, incentivávamos o senhor a mobilizar os membros superiores e por outro lado avaliávamos a existência de dor e

verificávamos se a esposa tinha dado o analgésico previamente, conforme tínhamos combinado com o objetivo do senhor não ter dores.

Tomámos consciência de como muitas vezes existem dificuldades por parte das pessoas e seus familiares em desenvolver uma verdadeira intervenção em parceria, porque nem sempre essas pessoas tem as capacidades ou os recursos adequados ou porque não estão minimamente interessadas nem tem a energia necessária para poderem assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro.

A realização do estudo de caso segundo o processo inerente ao modelo de parceria permitiu-nos compreender de uma forma mais pormenorizada a intervenção de enfermagem à pessoa idosa e família. A utilização deste modelo levou-nos a tomar consciência das suas potencialidades, de como nós muitas vezes o utilizamos na nossa prática profissional de uma forma inconsciente, e que usando esta metodologia, verificámos que existe um fio condutor em todas as nossas intervenções de enfermagem.

Permitiu-nos apurar que por vezes os recursos institucionais não conseguem dar o apoio adequado e que as famílias têm que arranjar as suas próprias estratégias para conseguirem colmatar os problemas existentes, nomeadamente como exemplo, contratarem cuidadoras informais, sendo que estas famílias muitas vezes já têm recursos muito limitados.

Tomámos consciência das dificuldades que os cuidadores vivem no seu dia-a-dia, ao cuidar permanentemente de pessoas idosas, que necessitam de cuidados complexos e que os recursos institucionais não permitem dar o apoio adequado.

Verificámos também que o tempo de espera que se aguarda para entrar numa Unidade de Longa duração, já depois dos utentes estarem referenciados ultrapassa os tempos satisfatórios.

Permitiu-nos mostrar como as intervenções por parte da equipa de enfermagem no apoio à pessoa idosa em situações de vulnerabilidade e complexidade são fundamentais de modo a que se possa assumir o controlo do cuidado de si próprio ou para assegurar o cuidado do outro.

A elaboração do estudo de caso, em contexto de CSP, foi um instrumento na nossa aprendizagem como enfermeiro especialista, que nos permitiu aprofundar e desenvolver a capacidade de observação, a capacidade de análise e a avaliação

multidimensional à pessoa idosa no domicílio. Em suma, possibilitou-nos um aprofundamento do conhecimento sobre a pessoa idosa nas várias vertentes.

Procurámos ainda como enfermeiro especialista, desenvolver competências na área da articulação e continuidade de cuidados entre os CSP e o contexto hospitalar, promovendo o intercâmbio entre as duas instituições, fazendo as démarches necessárias para uma visita das enfermeiras da UCSP à EGA do hospital com o objetivo de melhorar a articulação entre estas duas estruturas.